

SAÚDE REPRODUTIVA PLANEAMENTO FAMILIAR



ORIENTAÇÕES
DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE

Direcção Geral da Saúde
Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

Saúde Reprodutiva
Planeamento Familiar

Edição revista e actualizada
Lisboa, 2008

PORTUGAL. Direcção Geral da Saúde.
Programa Nacional de Saúde Reprodutiva

Saúde reprodutiva/Planeamento familiar/Direcção Geral da Saúde
Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e actualizada

ISBN 978-972-675-182-3

Anticoncepcionais / Planeamento familiar / Saúde reprodutiva / Cuidados de saúde

Colaboraram nesta revisão

Adelaide Órfão, Ana Leça, Ana Henriques, Beatriz Calado, Jorge Branco, Lisa Vicente, Luisa Maria Moreira, Maria José Alves, Sandra Félix, Teresa Ventura

Editor

Direcção Geral da Saúde

Alameda D. Afonso Henriques, 45

1049-005 LISBOA

<http://www.dgs.pt>

Impressão e Acabamento

SIG – Sociedade Industrial Gráfica, Lda.

Tiragem

10 000 exemplares

Depósito Legal

279 473/08

SAÚDE REPRODUTIVA E PLANEAMENTO FAMILIAR	05
---	-----------

PLANEAMENTO FAMILIAR

OBJECTIVOS	06
ACTIVIDADES A DESENVOLVER	06
ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS	07
TRABALHO EM EQUIPA	09
ACONSELHAMENTO	10

ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS SOBRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEPTIVOS	11
CONTRACEPÇÃO HORMONAL	
oral	12
adesivo	21
anel vaginal	23
injectável	25
implante	28
DISPOSITIVO INTRA-UTERINO	31
PRESERVATIVO	
masculino	36
feminino	37
DIAFRAGMA	37
ESPERMICIDA	39
MÉTODOS DE CONHECIMENTO DO PERÍODO FÉRTIL OU DE AUTO OBSERVAÇÃO	40
métodos com base no calendário (Ogino-Knauss)	41
métodos baseados na observação de sinais e sintomas	41
▪ método da temperatura basal (MTB)	42
▪ método do muco (Billings)	42
▪ método sintotérmico (MTB+Billings)	43
CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA	44
CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	47
CONTRACEPÇÃO NO PÓS-PARTO	51
amamentação exclusiva	52
CONTRACEPÇÃO PÓS-INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ	54

CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAIS	56
-----------------------------------	-----------

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE – TABELA RESUMO	59
---	-----------

Saúde Reprodutiva e Planeamento Familiar

“Saúde Reprodutiva é um estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”.

5

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

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

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

As actividades de **Planeamento Familiar** são, nesse contexto, uma componente fundamental da prestação integrada de cuidados em saúde reprodutiva e nessa perspectiva, a consulta de Planeamento Familiar deve assegurar, também, outras actividades de promoção da saúde tais como informação e aconselhamento sexual, prevenção e diagnóstico precoce das ITS, do cancro do colo do útero e da mama, prestação de cuidados pré-concepcionais e no puerpério, prevenção do tabagismo e do uso de drogas ilícitas.

Planeamento Familiar

OBJECTIVOS

6

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

ACTIVIDADES A DESENVOLVER

- Informar sobre os benefícios do espaçamento adequado das gravidezes
- Esclarecer sobre as vantagens de regular a fecundidade em função da idade
- Elucidar sobre as consequências da gravidez não desejada
- Informar sobre a anatomia e a fisiologia da reprodução
- Facultar informação completa, isenta e com fundamento científico sobre todos os métodos contraceptivos
- Proceder ao acompanhamento clínico, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido
- Fornecer, gratuitamente, os contraceptivos
- Prestar cuidados pré-concepcionais tendo em vista a redução do risco numa futura gravidez
- Identificar e orientar os casais com problemas de infertilidade
- Efectuar a prevenção, diagnóstico e tratamento das ITS
- Efectuar o rastreio do cancro do colo do útero e da mama, quando estes não se encontrem organizados de forma autónoma
- Reconhecer e orientar os indivíduos/casais com dificuldades sexuais
- Promover a adopção de estilos de vida saudáveis

ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

- As actividades de Planeamento Familiar são parte integrante dos cuidados de saúde primários no âmbito da medicina geral e familiar e devem organizar-se, em cada unidade de saúde, de modo a responder às necessidades das populações que lhe estão adstritas.
- De acordo com o estipulado no capítulo II do DL 259/2000 de 17 de Outubro, deve(m) ser:
 1. constituída uma equipa multiprofissional¹ que polarize as motivações e as iniciativas no campo da saúde reprodutiva e que assegure, nos centros de saúde/unidades de saúde familiares:
 - **atendimento imediato** nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique;
 - **encaminhamento adequado** para uma consulta a efectivar no prazo máximo de quinze dias, ponderado o grau de urgência;
 - **consulta de planeamento familiar** aos utentes que não disponham, à data, de resposta no âmbito da medicina geral e familiar, como recurso complementar e concertado desta actividade.
 2. estabelecidos protocolos de articulação entre os centros de saúde e os serviços de ginecologia/obstetrícia, no âmbito das Unidades Coordenadoras Funcionais, de modo a assegurar a referência atempada das situações de risco (designadamente, diabetes, cardiopatias, doenças oncológicas) ou com indicação para contracepção cirúrgica, para uma consulta de planeamento familiar hospitalar.
 3. considerados como alvos prioritários das actividades de planeamento familiar, **os adolescentes** e, nesse sentido, devem ser implementadas medidas para atrair e fixar este grupo etário, designadamente, através de horários flexíveis, atendimento desburocratizado e **sem restrição de áreas de influência**.
 4. criadas condições que facilitem o acesso dos homens, em particular dos mais jovens, a estas consultas.
- Podem ser inscritos na consulta de planeamento familiar os indivíduos em idade fértil:
 - mulheres até aos 54 anos e os homens, sem limite de idade.
- Devem ser *especialmente orientadas* para o planeamento familiar as mulheres:
 - *com doença crónica que contra-indique uma gravidez não programada*
 - *com paridade ≥ 4*
 - *com idade inferior a 20 anos e superior a 35 anos*
 - *cujo espaçamento entre duas gravidezes foi inferior a 2 anos*
 - *puérperas*
 - *após a utilização de contracepção de emergência*
 - *após uma interrupção da gravidez*

¹ médico, enfermeiro e administrativo

- As consultas de planeamento familiar estão isentas de taxas moderadoras.
- O acesso a essas consultas deve ser garantido, *em igualdade de circunstâncias*, a **imigrantes**, independentemente do seu estatuto legal.
- Os serviços só podem recusar a disponibilização de um determinado método contraceptivo com base em razões de ordem médica, devidamente fundamentadas.
- A **contraceção de emergência** deve estar disponível em locais de fácil acesso, em todos os centros de saúde e hospitais com serviços de ginecologia/obstetrícia, em particular nos serviços de urgência e nos atendimentos complementares (Lei 12/2001 de 29 de Março).
- A quantidade de contraceptivos orais e preservativos entregue a cada utente, no âmbito das consultas de planeamento familiar, deve ser de modo a não obrigar deslocações desnecessárias ao centro de saúde. No caso de utilizadores habituais, devem ser fornecidos, no mínimo, 6 *blisters* de contraceptivos; os preservativos devem ser fornecidos para um período a acordar com o/a utente de acordo com as suas necessidades e nunca inferior a 3 meses. No caso de utentes sem patologia, a entrega dos contraceptivos orais pode ser feita pelo enfermeiro dispensando a consulta médica desde que esta tenha sido realizada há menos de 1 ano.
- O número de embalagens de contraceptivos e a data de entrega devem ser registados no Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar (BSR/PF).
- Os contraceptivos podem ser dispensados através de terceiras pessoas mediante a apresentação do BSR/PF da/o utente a quem se destinam para verificação da comparência às consultas de vigilância e de anteriores fornecimentos.
- Cabe às administrações regionais de saúde e aos conselhos de administração dos hospitais, bem como aos directores dos centros de saúde, assegurar a existência de contraceptivos, de acordo com a lista superiormente aprovada, para distribuição gratuita aos utentes.
- No sentido de garantir a qualidade dos cuidados prestados, deverá ser dada prioridade à formação em serviço, **dirigida a todos** os profissionais envolvidos nestas actividades, tendo em atenção as recomendações da Organização Mundial da Saúde disponíveis no [site www.who.int/topics/reproductive_health/en/](http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/) com os títulos “Family Planning - a global handbook for providers”, “Medical eligibility criteria for contraceptive use” e “Select recommendations for contraceptive use”.
- Tendo em vista a coordenação, acompanhamento e avaliação das actividades, deverão ser nomeados profissionais responsáveis a nível de cada Região, Hospital e Centro de Saúde/USF, a quem deverão ser concedidas as condições imprescindíveis para o cumprimento dessa missão.

TRABALHO EM EQUIPA

Alguns programas e actividades têm, desde longa data, uma tradição de trabalho conjunto, por vezes com algumas características de trabalho em equipa. É o caso dos cuidados na área da saúde reprodutiva, habitualmente divididos em consultas de saúde materna e consultas de planeamento familiar, sendo importante redefinir essa forma de prestação conjunta, numa perspectiva de *saúde reprodutiva global*, tornando-a mais articulada, complementar e partilhada.

A reorganização desse trabalho num efectivo trabalho de equipa¹ resultará, com certeza, num maior benefício e satisfação de todos os intervenientes no processo - utentes, pessoal médico, de enfermagem e administrativo - fomentando a capacidade de organização dos profissionais, de modo a rentabilizar os recursos existentes e responder, de forma atempada e eficaz, às necessidades específicas das mulheres e dos homens da comunidade junto da qual intervém.

O trabalho em equipa envolve um grupo heterogéneo de profissionais o que assegura que os seus elementos sirvam como aportes de perspectivas e soluções diferentes. Variável em número de colaboradores, de acordo com os recursos existentes, tem um núcleo central constituído pelo administrativo, o médico e o enfermeiro, aos quais se associam, sempre que necessário e quando disponíveis, outros elementos de áreas como a saúde pública, o serviço social e a psicologia.

O rosto da equipa, à entrada nos serviços, é personalizado pelo administrativo, cujo desempenho é crucial; o acolhimento, a orientação e a informação correctos, prestados à chegada, facilitam todo o percurso seguinte.

Os actos necessários à prestação de cuidados adequada podem ser, uns exclusivamente da responsabilidade do médico ou do enfermeiro, outros executados por qualquer destes elementos, outros, ainda, necessitam da intervenção de ambos. Esta distribuição das tarefas tem de ser definida, *na e pela equipa*, consoante os recursos, as competências e as aptidões de cada elemento, através do estabelecimento de normas de actuação e articulação, do uniformizar de procedimentos e da prática de uma linguagem uniforme. A **partilha de informação é essencial** e passa também pela utilização de registos comuns como, por exemplo, do processo clínico individual.

O trabalho em equipa é facilitado pela realização de **reuniões periódicas e regulares**, para discussão de casos e/ou problemas encontrados no desempenho; permite e estimula a comunicação e interligação dos elementos, fomenta a colaboração individual na tomada conjunta de decisões, implicando maior partilha de responsabilidades, quer individual, quer colectiva enquanto grupo.

Uma organização baseada neste tipo de colaboração contribui para uma prestação de cuidados em saúde reprodutiva mais centrada nas necessidades específicas de cada indivíduo nas diferentes etapas do ciclo de vida.

¹ TRABALHO DE EQUIPA – “um pequeno grupo, baseado na cooperação e em contacto regular, contacto esse que não é à distância, mas face a face, que está envolvido numa acção coordenada, e cujos membros contribuem de maneira empenhada, competente e responsável para a realização de uma ou mais actividades concretas” OMS

ACONSELHAMENTO

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

As informações devem incluir, no mínimo, os seguintes aspectos: funcionamento e eficácia relativa do método; forma de utilização; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios para a saúde; sinais e sintomas que necessitam de avaliação por um profissional de saúde; informação quanto ao retorno da fertilidade após a suspensão do método; informações sobre prevenção de ITS.

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

Os princípios básicos do aconselhamento são:

Criar empatia. Saber escutar e estabelecer um clima de confiança.

Interagir. Encorajar a pessoa a falar e a colocar questões.

Adequar a informação à pessoa em presença. Saber ouvir e compreender as necessidades específicas de cada situação.

Por exemplo: um/a adolescente pode ter necessidade de saber mais sobre métodos temporários, do que um casal cujo interesse incida especialmente em métodos de contracepção definitiva.

Evitar informação excessiva. Demasiada informação não permite reter o essencial. Por outro lado, tempo exagerado dedicado à informação pode tornar escasso o necessário para discutir e esclarecer dúvidas.

Fornecer o método escolhido. É frequente que um/a novo/a utilizador/a manifeste preferência por um contraceptivo; o aconselhamento deve iniciar-se a propósito desse método, comparando-o, depois, com outros similares.

Não havendo razões de carácter médico que o impeçam, o método fornecido deve ser o escolhido pelo/a utente.

Assegurar que a informação foi compreendida. Resumir os aspectos mais importantes a reter e fornecer, sempre que possível, material informativo impresso. Reavaliar, nas consultas seguintes, a correcta utilização do método.

Encorajar o contacto com o enfermeiro ou o médico, sempre que surjam dúvidas, problemas ou desejo de mudar de contraceptivo.

Orientações específicas sobre os métodos contraceptivos

As actividades da consulta de planeamento familiar incluem alguns procedimentos que têm por objectivo maior qualidade na prestação de cuidados quer do ponto de vista da prática clínica, quer da saúde pública. Esses actos abrangem, entre outros, a requisição de exames analíticos, o rastreio do cancro do colo do útero, das ITS e a promoção do aleitamento materno. Embora tal conduta seja de encorajar havendo recursos disponíveis, esses procedimentos não podem ser vistos como pré-requisitos para a utilização de um método contraceptivo, a menos que, perante determinada história clínica, sejam considerados necessários para enquadrar critérios de elegibilidade para o início ou continuação de determinado método.

11

Crítérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos

Estas Orientações Técnicas resumem as recomendações práticas para o uso dos métodos contraceptivos tendo em conta critérios internacionais de elegibilidade clínica aprovados pela *task force* da OMS. No entanto, outros aspectos não médicos, sociais, de comportamento e, em particular, a preferência individual de cada utente devem ser igualmente considerados na escolha do contraceptivo a adoptar.

Os critérios são apresentados numerados de 1 a 4 e têm ainda em consideração tratar-se do início (I) ou continuação (C) do método. Quando a elegibilidade não difere quer se trate de início ou de continuação de uso, não há, nos quadros resumo, qualquer referência a C ou a I. (ver anexo)

Os critérios de elegibilidade 3 e 4 para utilização de um método contraceptivo, em determinada situação clínica, vêm substituir as anteriores referências às contra-indicações.

Categorias		
1	Sem restrição ao uso do método	
2	A vantagem de utilizar o método supera os riscos teóricos ou comprovados	A classificação nesta categoria indica que, de forma geral, o método pode ser utilizado, mas requer um acompanhamento cuidadoso
3	Os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens de utilizar o método	A disponibilização do método a uma mulher com uma situação classificada nesta categoria exige uma avaliação clínica cuidadosa e acesso fácil aos serviços. Deve ser ponderado o grau de gravidade da situação clínica, assim como a possibilidade de utilização e a aceitabilidade de outros métodos alternativos
4	Não deve ser utilizado	

CONTRACEPÇÃO HORMONAL ORAL

- É muito eficaz, segura e reversível
- Tem outros efeitos benéficos além do contraceptivo
- Os efeitos colaterais são ligeiros. Ocorrem geralmente nos 3 primeiros meses de utilização e depois, em regra, desaparecem
- As complicações e contra-indicações são pouco frequentes
- Exige o compromisso diário da mulher
- Não é recomendada no período da amamentação, com excepção dos progestativos, preferencialmente, a partir das 6 semanas após o parto
- Não protege das ITS, mas reduz a incidência da Doença Inflamatória Pélvica (DIP)
- Pode ser utilizada como contracepção de emergência

12

TIPOS

- Contraceptivo Oral Combinado (**COC**): contém etinil-estradiol e um progestagénio. Pode ser monofásico, bifásico ou trifásico
- Progestativo Oral (**POC**): contém só progestagénio

CONTRACEPTIVO ORAL COMBINADO (COC)

Os contraceptivos orais combinados comercializados actualmente contêm doses reduzidas de hormonas, pelo que podem ser utilizados pela generalidade das mulheres, desde a adolescência até a menopausa. Não havendo razões médicas que justifiquem outra opção, as mulheres mais jovens, em geral, adaptam-se melhor aos contraceptivos com doses mais elevadas de estrogénios.

EFICÁCIA

Taxa de falha: 0,1 a 1 gravidez em 100 mulheres/ano
Depende da utilização correcta, regular e continuada.

VANTAGENS

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

DESVANTAGENS

- Exige o empenho da mulher para a toma diária da pílula
- Não protege contra as ITS, nomeadamente SIDA e Hepatite B
- Pode afectar a quantidade e a qualidade do leite materno quando usado durante a amamentação

INDICAÇÕES

- Quando se pretende um método contraceptivo muito eficaz
- Obter outros benefícios além do contraceptivo

CONTRA-INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

13

CATEGORIA 4

- Gravidez
- Hemorragia genital anormal sem diagnóstico conclusivo
- Doença cerebrovascular ou coronária
- Trombose venosa profunda/embolia pulmonar, assim como situação clínica predispondo a acidentes tromboembólicos
- Hipertensão $\geq 160/100$ mm Hg
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilhação auricular, história de endocardite bacteriana subaguda)
- Neoplasia hormonodependente
- Doença hepática crónica ou em fase activa (não inclui portadores sãos), tumor hepático
- Cefaleia tipo enxaqueca com “aura” em qualquer idade
- Cefaleia tipo enxaqueca sem “aura” em idade ≥ 35 anos
- Tabagismo em idade ≥ 35 anos
- < 21 dias pós-parto, mesmo que não amamente

CATEGORIA 3

- HTA controlada
- Hiperlipidémia (depende da gravidade e da coexistência de outros factores de risco cardiovascular)
- Colelitíase
- Doença hepática crónica (excluídas as situações em categoria 4)
- Tromboflebite em curso
- Cefaleia tipo enxaqueca sem “aura” em mulheres < 35 anos
- Neoplasia da mama > 5 anos sem evidência de doença
- Epilepsia e outras doenças cuja terapêutica possa interferir com a pílula
- Diabetes Mellitus *

*Diabetes Mellitus com complicações vasculares - HTA e/ou retinopatia proliferativa e/ou nefropatia – está classificada em categoria 3/4 dependendo da gravidade da situação clínica.

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

A existência de duas ou mais situações clínicas consideradas, para o método, como categoria 3 pode tornar o risco inaceitável e remeter a situação para categoria 4.

RISCO TROMBOEMBÓLICO

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

14

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

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

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

CONTRACEPTIVO ORAL COM PROGESTAGÉNIO (POC)

EFICÁCIA

0,5 a 1,5 gravidezes em 100 mulheres/ano

Depende da utilização correcta, regular e continuada.

VANTAGENS

- Tem elevada eficácia contraceptiva²
- Pode ser utilizado em algumas situações onde os estrogénios estão contra-indicados
- Não parece modificar a quantidade ou a qualidade do leite materno, podendo ser utilizado durante o período da amamentação
- Pode contribuir para a prevenção da doença fibroquística da mama, da DIP, do cancro do ovário e do endométrio
- Não altera a fertilidade, após a suspensão do método

² Os estudos existentes mostram que este contraceptivo actua de duas formas: 1) aumentando a viscosidade do muco cervical, diminuindo a penetração pelos espermatozoides; 2) inibindo a ovulação. Este facto explica que a sua eficácia contraceptiva seja comparável à dos COC.

DESVANTAGENS

- Exige o empenho da mulher para a toma diária da pílula
- Não protege contra as ITS, nomeadamente SIDA e Hepatite B
- Associa-se com irregularidades do ciclo menstrual
- Os erros na toma podem resultar em gravidez mais facilmente do que com o COC

INDICAÇÕES

- Obter outros benefícios além do contraceptivo, por exemplo, alívio da dismenorrea
- Se há contra-indicações para os estrogénios e se pretende um CO
- Para algumas mulheres na perimenopausa
- Durante o aleitamento materno, a partir das 6 semanas pós-parto.

Existe evidência de que os contraceptivos só com progestativo não alteram a *performance* do aleitamento, nem o crescimento do bebé, se utilizados antes das 6 semanas pós-parto. No entanto, não existem dados concludentes acerca dos efeitos da exposição, nas primeiras semanas de vida ao progestativo, sobre o desenvolvimento do fígado e do cérebro.

15

CONTRA-INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

CATEGORIA 4

- Gravidez
- Hemorragia genital anormal sem diagnóstico conclusivo
- Neoplasia da mama antes dos 5 anos
- Neoplasia hormonodependente

CATEGORIA 3

- Doença hepática crónica ou em fase activa (não inclui portadores sãos), tumor hepático
- Tromboembolismo venoso ou embolia pulmonar em curso
- *Continuar* POC em mulheres com doença isquémica cardíaca (*Iniciar* POC constitui categoria 2)
- *Continuar* POC em mulheres com AVC (*Iniciar* POC constitui categoria 2)
- *Continuar* POC em mulheres com enxaqueca com “aura” em qualquer idade (*Iniciar* POC constitui categoria 2)
- Epilepsia e outras doenças cuja terapêutica possa interferir com a pílula

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

A existência de duas ou mais situações clínicas consideradas, para o método, como categoria 3 pode tornar o risco inaceitável e remeter a situação para categoria 4.

EFEITOS COLATERAIS PARA COC E POC

Cefaleia simples – algumas mulheres têm cefaleia nos dias sem pílula (geralmente cedem com paracetamol, ibuprofen ou outro analgésico); considerar o uso continuado, ou seja, sem o intervalo livre de 7 dias.

Qualquer cefaleia que agrave ou se torne mais frequente com o uso de CO deve ser cuidadosamente avaliada.

Cefaleia tipo enxaqueca – independentemente da idade, se a mulher desenvolver cefaleia tipo enxaqueca com “aura” ou as crises, mesmo sem “aura”, agravarem durante a toma dos CO, estes devem ser suspensos.

16 **Náuseas e vômitos** – são comuns nos primeiros dias, mas desaparecem rapidamente.

Alteração do fluxo menstrual – é frequente, com o COC, verificar-se uma diminuição na quantidade e duração do fluxo. Pode mesmo surgir, eventualmente, amenorreia sem significado patológico; nestas situações, há que excluir a existência de gravidez.

Spotting - pequenas perdas de sangue ao longo dos primeiros ciclos dos COC não são raras e desaparecem espontaneamente. Se persistirem por vários ciclos, pode substituir-se por uma pílula com dosagem superior de estrogénio.

Com o POC, as irregularidades do ciclo são comuns e não têm significado patológico.

Amenorreia – pode ocorrer no POC ou no COC com dosagem muito baixa de estrogénio. Quando a mulher usa correctamente o contraceptivo, deve ser tranquilizada de que se trata de um efeito secundário esperado para o método. Em caso de dúvida, deverá ser realizado um teste de gravidez.

Mastodínia – acontece, com frequência, no início da utilização do COC e desaparece com a continuidade do uso. As mulheres mais magras são mais sujeitas a estas queixas. Qualquer nódulo ou tumefacção limitada devem ser correctamente avaliados.

Alteração do peso – pode verificar-se aumento de peso, geralmente associado ao aumento do apetite. É útil a sugestão de uma alimentação correcta e de exercício físico.

Depressão – a maioria das utilizadoras sente-se mais tranquila e confiante porque é liberta do receio duma gravidez. Não há relação directa entre o uso de CO e o aparecimento de depressão; as mulheres com sintomas depressivos devem receber suporte e tratamento adequados.

“Quistos foliculares” do ovário – em algumas utilizadoras do POC ou dos COC com muito baixa dosagem de estrogénio pode ocorrer aumento dos folículos ováricos, que no exame ecográfico se apresentam como quistos puros; na sua grande maioria não são verdadeiros quistos e geralmente não necessitam de tratamento, desaparecendo espontaneamente.

Veias varicosas – a utilização de CO é segura no caso da existência de varizes (dilatações das veias superficiais) e não potenciam o seu aparecimento ou desenvolvimento. Por outro lado, em mulheres que tiveram ou têm uma *trombose venosa profunda* os CO estão contra indicados.

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

PRÁTICA CLÍNICA E PRESCRIÇÃO DE CO

A prescrição, pela primeira vez, de um COC a uma mulher deverá ter em consideração o **maior risco relativo de TEV** dos COC contendo desogestrel ou gestodeno, em relação ao risco associado aos COC com levonorgestrel, risco esse, que é maior durante o primeiro ano de uso e independente da dosagem de etinilestradiol presente na formulação.

Não há, no entanto, quaisquer motivos para que as mulheres que fazem habitualmente um COC com desogestrel ou gestodeno interrompam ou modifiquem o contraceptivo.

História clínica

Verificar os critérios de elegibilidade, categorias 3 e 4, para o uso de COC e de POC, atrás descritos.

17

Exame físico

Com especial atenção para:

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

Outros exames

- colheita para colpocitologia, de acordo com as orientações técnicas desta Direcção Geral, quando o rastreio sistemático não estiver organizado de forma autónoma.

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

INÍCIO DO MÉTODO

COC:

Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo ou até ao 5.º dia da menstruação, não necessitando, nestas circunstâncias, de outro método contraceptivo complementar. Em casos particulares, a pílula pode ser iniciada em qualquer dia do ciclo (desde que haja a segurança de que a mulher não está grávida), devendo ser utilizado um método adicional nos primeiros 7 dias.

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

Interromper 7 dias. Recomeçar nova embalagem.

POC:

Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo, ou até ao 5.º dia da menstruação, não necessitando, nestas circunstâncias, de outro método contraceptivo complementar. Em casos particulares, a pílula pode ser iniciada em qualquer dia do ciclo (desde que haja a segurança de que a mulher não está grávida), devendo ser utilizado um método adicional nos primeiros 7 dias (após 2 dias de toma do POC, já se verifica a sua acção sobre o muco cervical).

Tomar o comprimido diariamente e à mesma hora, recomeçando uma nova embalagem, sem interrupção.

ACONSELHAMENTO

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

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

Discutir o risco de contrair ITS, aconselhar o uso simultâneo de preservativos e fornecê-los.

Recomendar a não interrupção do método em caso de dúvidas ou se surgirem queixas, sem antes contactar os profissionais da consulta.

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

18

ADVERTÊNCIAS

ESQUECIMENTO

COC

Quando o esquecimento da toma de 1 comprimido no horário habitual não ultrapassa as 12 horas, convém tomá-lo de imediato, mantendo a toma correspondente a esse dia; neste caso, não é necessário contracepção suplementar.

Quando o esquecimento for além de 12 horas, deixar o comprimido que foi esquecido, continuar a tomar a pílula, utilizando, durante 7 dias outro método associado (preservativo ou espermicida).

Existe maior risco de gravidez se o esquecimento do COC ocorrer no início de nova embalagem (por ex. recomeçar 2 ou 3 dias mais tarde); se nos 5 dias anteriores tiver havido relação sexual, considerar a utilização de contracepção de emergência. Utilizar outro método associado, durante 7 dias.

POC

O aconselhamento deve ser feito da mesma forma. Apesar dos métodos com progestativo actuarem no muco cervical ao fim de 48 horas, a inibição da ovulação só fica estabelecida ao fim da toma de 7 comprimidos (facto que permite atingir o máximo efeito contraceptivo para o método).

PARAGEM

Não há nenhuma vantagem em interromper periodicamente a pílula. Este facto deve ser salientado no aconselhamento, na medida em que muitas mulheres continuam a fazer o “descanso da pílula”. Os estudos demonstram que esta prática aumenta o risco de gravidez, não diminui a ocorrência de efeitos secundários e não tem impacto na fertilidade futura da mulher.

Quando a utilizadora planear engravidar, deve ser aconselhada a que só o deve tentar após uma menstruação espontânea, isto é, sem pílula (é conhecido o efeito da pílula em induzir atraso da ovulação subsequente, facto que pode perturbar o cálculo da idade gestacional). Essas mulheres devem iniciar a ingestão de ácido fólico, no mínimo, dois meses antes de suspender a pílula, em simultâneo com a realização da consulta pré-concepcional.

A pílula não induz malformações fetais ou aborto.

A pílula (COC ou POC) deve ser interrompida 4 semanas antes de uma intervenção cirúrgica **em que se preveja imobilização superior a uma semana**, ou em qualquer outra situação em que tal imobilização se verifique. Não há necessidade de suspender a pílula antes da cirurgia para laqueação das trompas.

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

PRECAUÇÕES

No caso de um episódio grave de diarreia ou vômitos, deve ser sempre associado outro método contraceptivo que deverá ser mantido durante 7 dias após desaparecimento daqueles sintomas. Quando aquela situação ocorrer durante a toma dos últimos comprimidos do *blister*, pode ser aconselhável iniciar nova embalagem sem efectuar os 7 dias habituais de pausa.

INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS

Embora os dados disponíveis sejam insuficientes, estudos publicados demonstram que alguns antiretrovirais *diminuem* os níveis séricos dos esteróides, como é o caso do Nelfinavir, Ritonavir, Lopina e Nevirapina. Outros, pelo contrário, *umentam* esses níveis, como é o caso do Atazanavir, Amprenavir, Indinavir e Efavirenz. Estes aspectos devem ser tidos em conta quando da escolha do método por mulheres seropositivas para o VIH. O uso consistente de preservativos, recomendado para prevenir a transmissão do vírus, pode compensar qualquer eventual redução da eficácia dos contraceptivos hormonais.

FÁRMACOS INDUTORES ENZIMÁTICOS

Fenitoina, carbamezapina, barbituratos, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina, griseofulvina e produtos contendo *Hypericum perforatum* reduzem a eficácia dos contraceptivos hormonais. Valproato de sódio, lamotrigina, gabapentina, vigabatrina e as benzodiazepinas não interferem na eficácia dos contraceptivos hormonais.

A indução enzimática máxima pode levar 2 a 3 semanas até ser atingida, permanecendo ao longo de cerca de 4 semanas. Se o uso do fármaco for prolongado, o efeito indutor pode permanecer até 8 semanas após o fim da terapêutica, sendo indispensável associar outro método durante a toma e até 4 a 8 semanas após a cessação da medicação. Tratando-se de uso em situação crónica, aconselhar outro tipo de contracepção, como o DIU, por exemplo.

Estão descritas falhas contraceptivas para os contraceptivos orais (COC e POC), para o implante com etonogestrel quando utilizados ao mesmo tempo que os fármacos indutores enzimáticos (ainda não existem dados seguros para o anel vaginal e para o adesivo contraceptivo, mas é de esperar que estejam sujeitos ao mesmo efeito).

ANTIBIÓTICOS DE LARGO ESPECTRO

Embora não haja evidência de aumento da falha contraceptiva com o uso concomitante de CO e antibióticos de largo espectro, não indutores enzimáticos, algumas directivas internacionais (IPPF, FFPRCH)³ aconselham a associação de outro método durante a toma de antibiótico e 7 dias após o fim do tratamento.

³ "Drug interactions with hormonal contraceptives" IMAP, 1996;30(3)
Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care RCOG guidance 2006

VIGILÂNCIA

OBJECTIVO

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

FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS

- Cerca de 3 meses após o início da CO
- Anualmente ou de acordo com as características da utilizadora, os factores de risco associados, e sempre que surjam complicações

AVALIAR A ADEQUAÇÃO DO MÉTODO

- Grau de satisfação da utilizadora
- Existência de efeitos colaterais
- Regularidade dos ciclos
- Ocorrência frequente de esquecimento

EXAME FÍSICO E GINECOLÓGICO

- Recomenda-se que seja efectuada anualmente com o objectivo de vigilância da saúde (não como condicionante da utilização do método)

Os serviços devem assegurar o atendimento atempado perante sintomas ou dúvidas que necessitem de esclarecimento imediato.

CONTRACEPÇÃO HORMONAL COMBINADA - ADESIVO

- Eficácia, segurança e reversibilidade parecem ser sobreponíveis às dos COC
- Requer a utilização contínua de um pequeno adesivo (sistema transdérmico) aplicado na pele
- Não exige o compromisso diário da mulher, mas deve ser regularmente substituído, a cada 7 dias
- Alterações do padrão menstrual - nos primeiros meses pode haver padrão irregular, seguindo-se menstruações mais regulares e mais curtas
- Não protege das ITS

21

TIPOS

- **Evra** – Sistema transdérmico, (adesivo) de 20cm², contendo norelgestromina e EE
Libertação diária de 150µg de norelgestromina + 20µg de EE, absorção transdérmica para a corrente sanguínea, sem a primeira passagem de metabolização hepática.

EFICÁCIA

Ainda há pouca informação disponível. Os ensaios clínicos sugerem que a eficácia poderá ser igual à dos COC, se a utilização for consistente e a substituição do sistema for efectuada atempadamente. A eficácia diminui em mulheres com peso ≥ 90 kg.

VANTAGENS

- Não interfere com a relação sexual e não necessita de motivação diária
- Após a suspensão do método, o retorno à fertilidade é imediato

Embora ainda não exista evidência disponível, os estudos realizados parecem indicar que os mesmos benefícios e vantagens reconhecidos aos COC se aplicam ao sistema transdérmico.

DESVANTAGENS

- As Informações disponíveis sobre este método são, ainda, limitadas

INDICAÇÕES

- Mulheres que querem contracepção hormonal combinada e não toleram ou não querem os CO

CONTRA-INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios clínicos de elegibilidade para o início e continuação do método são iguais aos dos COC.

EFEITOS COLATERAIS

Algumas utilizadoras referem:

- reacção alérgica ou irritação no local de aplicação
- alterações no padrão menstrual (oligomenorreia, amenorreia, *spotting*)
- cefaleia, náusea e vómitos
- tensão mamária
- dor abdominal
- sintomas coriziformes/infecção respiratória do tracto superior
- vaginite

22

PRÁTICA CLÍNICA E MODO DE UTILIZAÇÃO

Iniciar o método até ao 5.º dia da menstruação, aplicando o adesivo nas nádegas, dorso, abdómen ou noutro local limpo e seco. Não deve ser colocado sobre os seios, em zonas eritematosas da pele ou com escoriações.

Retirar e substituir o adesivo a cada 7 dias, durante 3 semanas, seguindo-se uma semana de intervalo sem a sua aplicação. Para evitar irritação da pele, os adesivos não devem ser colocados sempre no mesmo local.

Durante a semana de utilização, o adesivo nunca deve ser retirado, nem mesmo durante o banho. Quando não se verificar a aderência total à pele, o adesivo deve ser substituído.

Nunca ultrapassar 7 dias para substituir um adesivo por outro.

ADVERTÊNCIAS

ESQUECIMENTO

- **Semana 1** (o 1º adesivo não foi colocado no dia previsto):
 - Aplicar novo adesivo de imediato, iniciando-se um novo ciclo
 - Usar contraceção suplementar durante 7 dias
 - Se o atraso no início do novo ciclo for \geq a 3 dias e, tiver havido relações sexuais vaginais não protegidas, deve ser considerada a utilização de Contraceção de Emergência.
- **Semana 2 ou 3** (o adesivo não foi substituído no dia correcto):
 - \leq a 48 horas – aplicar novo adesivo de imediato, manter o dia previsto para a substituição seguinte
 - \geq a 48 horas – aplicar de imediato um novo adesivo. Inicia-se um novo ciclo
 - Usar contraceção suplementar durante 7 dias
- **O adesivo não foi retirado no fim do ciclo:**
 - Retirar o adesivo e colocar um novo, no dia previsto

CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA - ANEL VAGINAL

- Eficácia, segurança e reversibilidade parecem ser sobreponíveis às dos COC
- Requer a utilização continuada de um anel flexível na vagina
- Não exige o compromisso diário da mulher, mas deve ser regularmente substituído na data correcta
- Alterações do padrão menstrual - nos primeiros meses pode haver padrão irregular, seguindo-se menstruações mais regulares e mais curtas
- Não protege das ITS

23

TIPOS

- **Nuvaring** - Anel flexível e transparente de acetato de vinil etileno com 54mm de diâmetro e uma espessura de 4mm, contendo etonogestrel e EE
Libertação contínua de 120µg de etonogestrel + 15µg de EE, absorção através da mucosa vaginal para a corrente sanguínea, sem a primeira passagem de metabolização hepática.

EFICÁCIA

A informação sobre a eficácia ainda é limitada. Os ensaios clínicos sugerem que poderá ser semelhante à dos COC, se a utilização for consistente e a substituição do anel for atempada.

VANTAGENS

- A utilização é prática; não interfere com a relação sexual e não necessita de motivação diária
- Após a suspensão do método, o retorno da fertilidade é imediato
- Há evidência de que, em mulheres saudáveis, o anel não altera a flora vaginal. Os estudos realizados sugerem que a sua utilização não agrava as lesões intraepiteliais de baixo grau do colo do útero
- Embora ainda não exista evidência disponível, os estudos realizados parecem indicar que os benefícios e vantagens reconhecidos aos COC se aplicam ao anel vaginal

DESVANTAGENS

- As informações disponíveis sobre este método são, ainda, limitadas

INDICAÇÕES

- Mulheres que desejam uma contracepção hormonal combinada e não toleram ou não querem os contraceptivos orais

CONTRA-INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Os critérios clínicos de elegibilidade para o início e continuação do método são iguais aos dos COC.

EFEITOS COLATERAIS

Algumas utilizadoras referem:

- alterações no padrão menstrual (oligomenorreia, amenorreia, *spotting*)
- cefaleias
- vaginite ou corrimento vaginal inespecífico

24

PRÁTICA CLÍNICA E MODO DE UTILIZAÇÃO

Iniciar o método até ao 5.º dia da menstruação, introduzindo o anel profundamente na vagina. Retirar o anel ao final de 3 semanas. Segue-se um intervalo livre de 7 dias ao fim do qual deve ser introduzido um novo anel. Se houver esquecimento e o anel só for retirado na 4ª semana de utilização, não é necessário nenhum cuidado contraceptivo suplementar.

O anel pode ser usado em simultâneo com preservativo ou lubrificante.

ADVERTÊNCIAS

Se a mulher o desejar, o anel pode ser retirado antes da relação sexual. Neste caso, ou se o anel tiver sido expulso, deve ser lavado com água, fria ou morna, e recolocado. Não é necessário retirá-lo para o exame ginecológico.

- **O anel nunca deve ser retirado por mais de 3 horas**

Semana 1 ou 2 (anel retirado por mais de 3 horas):

- Recolocar o anel de imediato
- Usar contraceção suplementar durante 7 dias

Semana 3 (anel retirado por mais de 3 horas):

- Colocar um novo anel de imediato, recomeçando um novo ciclo
- Usar contraceção suplementar durante 7 dias

- **Atraso na colocação de um novo anel:**

- Colocar um novo anel de imediato, recomeçando um novo ciclo
- Usar contraceção suplementar durante 7 dias

- **Anel colocado mais do que 4 semanas:**

- Colocar um novo anel de imediato, recomeçando um novo ciclo
- Usar contraceção suplementar durante 7 dias

Se o atraso no início do novo ciclo for \geq a 3 dias, e tiver havido relações sexuais vaginais não protegidas, considerar a utilização de Contraceção de Emergência.

CONTRACEÇÃO HORMONAL - INJECTÁVEL

- É muito eficaz, segura e reversível
- É de longa duração, não exigindo o compromisso diário da mulher
- Pode ser usada em qualquer idade
- Não tem os efeitos colaterais do estrogénio
- Provoca irregularidade menstrual que varia entre “spotting” e amenorreia
- Pode haver atraso de alguns meses no retorno à fertilidade
- Tem efeitos benéficos em certas situações clínicas, de que são exemplo a drepanocitose e a epilepsia
- Não protege das ITS

25

TIPOS

- **Depo-Provera 150 mg** (DMPA) - Acetato de medroxiprogesterona - solução aquosa. A libertação do progestativo é lenta e o efeito contraceptivo prolonga-se por três meses.

EFICÁCIA

Depende da correcta utilização

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

VANTAGENS

- A utilização é prática; não interfere com a relação sexual e não necessita de motivação diária como os CO
- Não tem os efeitos secundários dos estrogénios
- Pode ser usada durante o aleitamento, preferencialmente a partir da 6.^a semana pós-parto, não interferindo com a quantidade e a qualidade do leite materno
- A amenorreia que provoca pode ser útil em situações de anemia crónica ou discrasias sanguíneas. Estimula a eritropoiese, aumentando os níveis de hemoglobina
- Diminui o risco de DIP, gravidez ectópica, mioma uterino e carcinoma do endométrio
- Não tem efeitos significativos sobre os factores de coagulação, a fibrinólise, a pressão arterial ou a função hepática
- Melhora algumas situações patológicas como a endometriose, a anemia de células falciformes (diminui as crises) e a epilepsia
- Não tem efeitos teratogénicos

DESVANTAGENS

- Em regra, os injectáveis provocam irregularidades do ciclo menstrual, que podem variar de “spotting” a amenorreia. A hemorragia grave é um acontecimento raro
- Pode haver atraso de alguns meses no retorno à fertilidade. Não há evidência de compromisso definitivo da fertilidade
- Verifica-se, em média, um aumento de peso de 1-2 kg/ano. Em algumas mulheres pode aumentar o apetite, o que pode conduzir, eventualmente, ao aumento de peso. É útil a sugestão de uma alimentação correcta e de exercício físico

- Pode causar, em certas mulheres, cefaleia, mastodínia, acne, queda de cabelo e diminuição do desejo sexual
- Durante o período de utilização há uma diminuição da densidade óssea, quando comparada com não utilizadoras. Existe, no entanto, evidência de que a mulher recupera a massa óssea quando suspende o método. Não está claro se o uso de DPMA por adolescentes interfere, ou não, com o atingir do pico de massa óssea, que ocorre nesta fase.

INDICAÇÕES

- Quando é necessário um método de grande eficácia e, por qualquer razão, os CO e o DIU não são desejáveis, por exemplo: quando os estrogénios não estão indicados, quando há interferência entre os CO e outra medicação (tuberculose, epilepsia), mulheres que não são capazes de tomar os CO com regularidade e que recusam o DIU, fumadoras com mais de 35 anos de idade, mulheres com deficiência mental
- Quando existe uma situação patológica que pode ser melhorada com este contraceptivo, nomeadamente, anemia de células falciformes homozigótica, epilepsia e endometriose
- Quando se pretende uma contracepção eficaz de curta duração, por exemplo, enquanto se aguarda laqueação de trompas ou vasectomia e no período pós-vasectomia
- No puerpério, preferencialmente, 6 semanas pós-parto

CONTRA-INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

CATEGORIA 4

- Gravidez
- Neoplasias hormonodependentes (embora o DMPA seja utilizado em doses muito superiores às contraceptivas, no tratamento do carcinoma do endométrio).

CATEGORIA 3

- Hipertensão não controlada ou com doença vascular associada
- Diabetes Mellitus com lesão vascular
- Doença cerebrovascular ou coronária
- Tromboembolismo em curso
- Doença hepática aguda, crónica activa ou tumor hepático
- Cefaleia tipo enxaqueca com “aura” em qualquer idade
- Hemorragia vaginal de causa não esclarecida
- Neoplasia da mama com mais de 5 anos sem evidência de doença
- Mulheres que desejam engravidar imediatamente após a suspensão do método
- Mulheres que não aceitam as irregularidades do ciclo

PRÁTICA CLÍNICA E MODO DE UTILIZAÇÃO

Uma injeção intramuscular profunda, até ao 7.º dia do ciclo e repetida de **12 em 12 semanas**. No pós-parto e pós-aborto, a injeção pode ser feita em qualquer data ao longo do 1.º mês (ou mais tarde, desde que se exclua a gravidez). Durante o aleitamento materno, a administração deve ser feita, preferencialmente, a partir das 6 semanas pós-parto.

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

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

CONTRACEÇÃO HORMONAL - IMPLANTE

28

- É muito eficaz, segura e reversível
- De longa duração, não exige o compromisso diário da mulher
- Pode ser usada em qualquer idade
- Não tem os efeitos colaterais do estrogênio
- O retorno à fertilidade é imediato após a remoção do implante
- Não tem efeitos teratogênicos
- Pode provocar irregularidades menstruais que variam entre o “spotting” e a amenorreia
- Não protege das ITS

TIPOS

- **Implanon** – Trata-se de um bastonete de vinil-acetato de etileno, com 4 cm de comprimento, que contém 68mg de etonogestrel.

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

EFICÁCIA

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

VANTAGENS

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

DESVANTAGENS

- Em regra, verificam-se irregularidades do ciclo menstrual, que podem variar entre “spotting” e amenorreia. A aceitabilidade de um dado padrão de hemorragia é muito influenciada pelo aconselhamento fornecido pré-inserção
- Algumas mulheres referem um ligeiro aumento de peso
- Pode ocorrer cloasma, cefaleia, náuseas, mastodínia e variações de humor
- Pode verificar-se o aparecimento de quistos foliculares nos ovários (geralmente não exigem tratamento)
- Necessita de um profissional treinado para a inserção e remoção
- É relativamente dispendioso

INDICAÇÕES

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

CONTRA-INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

CATEGORIA 4

- Gravidez
- Neoplasias hormonodependentes.

CATEGORIA 3

- *Continuar* o método em mulheres com doença cerebrovascular ou coronária (*Iniciar* constitui categoria 2)
- Tromboembolismo em curso
- Doença hepática aguda, crónica activa ou tumor hepático
- Cefaleia tipo enxaqueca com “aura” em qualquer idade
- Hemorragia vaginal de causa não esclarecida
- Neoplasia da mama com mais de 5 anos, sem evidência de doença
- Mulheres que não aceitam as irregularidades do ciclo

PRECAUÇÕES

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

Embora os dados disponíveis sejam insuficientes, estudos publicados demonstram que os antiretrovirais podem interferir com os níveis hormonais séricos. Este aspecto deve ser tido em conta quando da escolha do método por mulheres seropositivas para o VIH. O uso consistente de preservativos, recomendado para prevenir a transmissão do vírus, pode compensar qualquer eventual redução da eficácia dos contraceptivos hormonais.

PRÁTICA CLÍNICA E MODO DE UTILIZAÇÃO

A inserção e a remoção do implante são procedimentos simples, mas que devem ser executados por um profissional treinado para o efeito. Se na unidade de cuidados primários não houver um profissional treinado, a mulher que deseje a inserção do implante contraceptivo deve ser referenciada para a consulta de planeamento familiar do respectivo hospital de apoio perinatal. O seguimento destas utilizadoras deve fazer-se de acordo com protocolo estabelecido, através da UCF.

Antes da colocação do implante as mulheres devem ser correctamente informadas acerca dos efeitos colaterais do método, em particular das suas repercussões sobre o ciclo menstrual.

A aceitabilidade do método depende, em grande parte, da selecção cuidada das utilizadoras e da forma como a mulher foi esclarecida e está tranquila/segura sobre a inocuidade dessas intercorrências.

Quando inserir o implante?

- A inserção deve ser efectuada, preferencialmente, até ao 5.º dia do ciclo e, neste caso, não necessita de contracepção suplementar. Pode, no entanto, ser feita em qualquer altura do ciclo, desde que se exclua a possibilidade de uma gravidez e que seja aconselhado o uso simultâneo de outro método, durante 7 dias
- Imediatamente após um aborto ou um parto, quando a mulher não amamenta. Caso se inicie o aleitamento materno, o implante deve ser colocado, preferencialmente, na 6ª semana do pós-parto. Quando o implante é inserido mais tarde, deve ser aconselhado o uso de outro método durante 7 dias
- Imediatamente após o último comprimido de CO ou no dia em que deveria repetir o injectável. Não necessita de contracepção suplementar

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

Quando pode ser retirado o implante?

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

Os profissionais não devem recusar ou protelar a remoção do implante quando esta for solicitada, qualquer que seja o motivo apresentado.

VIGILÂNCIA

- 1.ª consulta após a inserção, aos 3 meses
- Consultas seguintes, anuais ou de 6 em 6 meses, de acordo com a necessidade da utente e a disponibilidade do serviço.

ADVERTÊNCIAS

- Pode ocorrer expulsão do implante se este for incorrectamente colocado
- Após a inserção do implante, no caso de aparecimento e persistência de:
 - *Acidente vascular tromboembólico*
 - *Doença cardíaca isquémica*
 - *Hipertensão mantida*
 - *Cefaleia, tipo enxaqueca, com alterações da visão*
 - *Icterícia ou doença hepática*

recomenda-se a mudança de método contraceptivo.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

- É muito eficaz, reversível e de longa duração
- A eficácia e eventuais complicações dependem, em grande parte, da competência do técnico
- Alguns dispositivos podem permanecer no útero, pelo menos durante 10 anos
- Não aconselhável a mulheres com risco aumentado de contrair ITS
- O DIU com conteúdo hormonal pode estar indicado quando se pretende, simultaneamente, outro efeito além do contraceptivo como, por exemplo, controlar a menorragia
- A utilização do DIU (sem conteúdo hormonal) pode tornar o fluxo menstrual mais abundante e prolongado
- Não protege das ITS

31

TIPOS

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

EFICÁCIA

- 0,1 a 2 gravidezes em 100 mulheres ano

A eficácia é maior nas mulheres com filhos e nas menos jovens.

Estudos clínicos demonstram que o **DIU Cu T-380 mantém a eficácia por um período de 12 anos, o DIU Multiload Cu 375 por 10 anos e o Mirena por 5 anos.**

Os DIU inertes não precisam ser substituídos.

O DIU deve permanecer no útero até um ano após a menopausa.

VANTAGENS

- A acção do DIU não depende da mulher; assim, a sua eficácia teórica é muito semelhante à eficácia prática
- Requer um único acto de motivação para um efeito de longa duração
- Não tem efeitos sistémicos (com excepção dos DIU com conteúdo hormonal)
- Não interfere no acto sexual
- Não interfere com a amamentação
- Pode permanecer no útero por muitos anos
- Pode ser utilizado por mulheres em qualquer idade
- O retorno aos níveis anteriores de fertilidade é imediato após a extracção do DIU
- Contribui para a redução da incidência de gravidez ectópica (reduz o nº de espermatozóides que atingem a trompa)
- O Mirena pode contribuir para a diminuição do risco de cancro do endométrio

DESVANTAGENS

- Necessita de profissional treinado para a sua colocação
- Pode contribuir para o aparecimento de anemia nas situações em que as reservas de ferro estão diminuídas (não se verifica com o Mirena)
- Se ocorrer uma ITS em utilizadoras do DIU, há mais probabilidade de evoluir para DIP

INDICAÇÕES

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

CONTRA INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

CATEGORIA 4

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

Para o DIU com levonorgestrel:

- Cancro da mama

CATEGORIA 3

- Menorragia - o DIU pode aumentar a quantidade de sangue perdido na menstruação (com excepção do Mirena)
- Anemia crónica, incluindo a Talassemia e Drepanocitose
- Um único episódio de DIP (ponderar o risco de reinfeção)
- Infecções cervico-vaginais: tratar antes da inserção
- Fibromas uterinos - não são contra-indicação desde que não deformem a cavidade e não provoquem hemorragia
- Mulheres tratadas com anticoagulantes
- Medicação habitual com corticoesteróides sistémicos

Para o DIU com levonorgestrel.

- Tromboembolismo venoso em curso
- Doença cardiovascular
- Cefaleia tipo enxaqueca com “aura”, em qualquer idade
- Doença hepática crónica ou em fase activa, tumor hepático
- Cancro da mama com mais de 5 anos, sem evidência de doença

Nota: gravidez ectópica anterior (ponderar o uso de COC ou DPMA, que previnem a GE).

Na presença de doença valvular cardíaca, deve ser efectuada a profilaxia da endocardite bacteriana, para a inserção do DIU.

Mulheres seropositivas para o VIH ou com SIDA

- ***Podem utilizar o DIU, as mulheres:***
 - Infectadas com VIH
 - Com SIDA sob terapêutica antiretroviral e clinicamente bem
- ***Não podem utilizar o DIU, as mulheres:***
 - Com SIDA que não fazem antiretrovirais ou que não estão clinicamente bem

As utilizadoras de DIU com SIDA devem ser vigiadas e esclarecidas em relação à DIP.

Deve ser recomendado o uso simultâneo e consistente de preservativos para prevenir a transmissão do vírus e diminuir o risco de outras ITS.

EFEITOS COLATERAIS

- **Dor pélvica** - Pode ocorrer no momento e, durante alguns dias, após a colocação. Dor intensa e persistente deve levar à extracção do DIU
- **Spotting** - Hemorragia irregular ou *spotting* pode ocorrer nos primeiros meses após a colocação e desaparece com o tempo
- **Menstruações mais abundantes** - É vulgar um aumento da quantidade ou da duração do fluxo menstrual com os dispositivos de cobre. Com o DIU medicado há redução do fluxo menstrual
- **Corrimento vaginal** - Há um aumento da secreção de muco, que não tem significado patológico e que não deve ser confundido com infecções cervico-vaginais

Nota: *devido à libertação de progesterona, o DIU medicado com levonorgestrel pode provocar:*

- *redução do fluxo menstrual, “spotting” ou amenorria*
- *acne*
- *cefaleia*
- *mastodínia*
- *aumento de peso*
- *quistos do ovário*

COMPLICAÇÕES

- **Expulsão** - Ocorre com mais frequência nos 3 primeiros meses após a colocação e resulta, geralmente, numa inserção baixa do DIU. A expulsão pode ser total ou parcial e provoca dores ligeiras e hemorragia intermenstrual. A taxa de expulsão diminui com a idade, paridade e meses de utilização
- **Infeção pélvica** - Ocorre em cerca de 2% das utentes. Geralmente, deve-se à falta de assepsia no momento da inserção ou a ITS em curso e cuja progressão, a presença do DIU vem facilitar (o DIU por si só não causa infecção)
São sintomas: dor pélvica, corrimento vaginal, perda anormal de sangue e febre. Medica-se, habitualmente, com antibiótico de largo espectro. Se o quadro não melhorar ao fim de 48 horas de tratamento, retirar o DIU

34

- **Gravidez** - A gravidez é rara entre as utilizadoras de DIU
Apesar dos DIU, especialmente o TCU 380, oferecerem uma protecção significativa contra a *gravidez ectópica*, quando ocorre gravidez em portadora de DIU, 1 em cada 30 é ectópica. A gravidez ectópica é uma emergência que deve ser referenciada imediatamente

Quando confirmada a existência de *gravidez intra-uterina*, deve extrair-se o DIU o mais precocemente possível, o que é simples, se os fios forem visíveis. Se os fios não são visíveis, no caso de se pretender a evolução da gravidez, deixa-se o DIU *in situ* e a gestação deve ser considerada de risco e referenciada. A gravidez pode evoluir normalmente com o DIU, mas há risco acrescido de aborto espontâneo, hemorragia, amnionite e parto pré-termo. Não há evidência de aumento do risco de malformações congénitas em gravidezes com DIU *in situ*.

Se a mulher desejar interromper a gravidez, o DIU deve ser retirado antes de uma IVG medicamentosa. Se não for possível, deverá ser efectuada uma IVG cirúrgica.

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

PRÁTICA CLÍNICA

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

Antes da inserção

- **História Clínica**, tendo em conta os critérios de elegibilidade para o método
- **Exame físico e ginecológico** - verificar se o colo do útero e a vagina não apresentam patologia que contra-indique a introdução do DIU. Exame bimanual, com especial atenção para o tamanho, forma, posição e mobilidade do útero e anexos
- **Informação da mulher** - mostrar o DIU, explicar a eficácia e reversibilidade, informar sobre os efeitos colaterais e dar a conhecer os sinais de alarme que a devem levar à consulta: dor pélvica, corrimento purulento, hemorragia anormal, atraso menstrual

Quando inserir o DIU?

- Preferencialmente, nos primeiros 12 dias do ciclo, ou em qualquer dia, excluída a possibilidade da existência de gravidez. Não necessita de contracepção suplementar
- Quando há dúvidas quanto à possibilidade de gravidez, o DIU não deve ser colocado na semana que antecede a menstruação
- Imediatamente após uma interrupção cirúrgica de gravidez com ≤ 12 semanas
- 4 a 6 semanas após o parto ou o aborto tardio
- Um segundo DIU pode ser colocado imediatamente em substituição de outro que foi retirado
- O DIU pode ser utilizado como contracepção de emergência, até 5 dias após a relação sexual desprotegida (avaliar o risco de ITS)
- Em qualquer momento, quando houver utilização regular e consistente de contracepção hormonal

Complicações da inserção

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

VIGILÂNCIA

Objectivo

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

Frequência das consultas

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

Interrogar sobre

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

Exame ginecológico

- Exame ginecológico (incluindo a visualização com espéculo) deve ser efectuado em todas as consultas de controlo

Exames complementares

- Colheita para colpocitologia, quando não houver rastreio organizado, de acordo com as orientações técnicas da DGS

PRESERVATIVO MASCULINO

36

- O preservativo, além de evitar a gravidez, diminui o risco de contrair ITS
- A eficácia depende da utilização correcta e sistemática. Quanto mais frequente for a utilização, maior será a experiência no uso correcto e maior será a eficácia
- Pode ser utilizado com outro método contraceptivo para a prevenção das ITS e, como coadjuvante, na protecção contra a gravidez
- Quem utiliza preservativo deve ser informado/a sobre a possibilidade de recurso à contracepção de emergência
- *Os preservativos devem ser fornecidos em quantidade e para um período a acordar com o/a utente de acordo com as suas necessidades, e nunca inferior a 3 meses.*

EFICÁCIA

- 5 a 10 gravidezes em 100 mulheres/ano

VANTAGENS

- Protecção contra as ITS e suas conseqüências
- Ausência de efeitos sistémicos
- Não necessita de supervisão médica
- Fomenta o envolvimento masculino na contracepção e na prevenção das ITS
- Pode contribuir para minorar situações de ejaculação precoce

DESVANTAGENS

- Embora raro, podem ocorrer manifestações alérgicas ligadas ao látex ou ao lubrificante
- Se não for usado correctamente, pode romper durante o coito ou ficar retido na vagina
- Pode interferir negativamente com o acto sexual

ACONSELHAMENTO

Abrir a embalagem com cuidado para não danificar o preservativo

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

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

Retirar logo após a ejaculação. Dar um nó na extremidade aberta do preservativo e deitar fora num local conveniente. Utilizar preservativos com depósito na extremidade. Conservá-los ao abrigo do calor e da humidade. Utilizar uma única vez

É importante discutir, também, a capacidade e as técnicas de negociar a utilização do preservativo com o/a parceiro/a

PRECAUÇÕES

Se for necessário o uso de lubrificantes, não utilizar os oleosos, como vaselina ou Visco-gel; utilizar lubrificantes aquosos, como o Play gel ou KY-gel. A utilização simultânea de cremes vaginais contendo Miconazol ou Econazol pode danificar o preservativo.

PRESERVATIVO FEMININO*

EFICÁCIA

- 5 a 15 gravidezes em 100 mulheres/ano, dependendo da correcção e consistência do uso

VANTAGENS

- Diminui o risco de contrair ITS e suas consequências (DIP, infertilidade e cancro do colo do útero)
- Ausência de efeitos sistémicos
- Pode ser colocado em qualquer momento antes da penetração do pénis; não é necessária a retirada imediata do pénis após a ejaculação
- Pode ser mais fácil de utilizar, do que o masculino, em casos de disfunção eréctil
- É mais resistente que o preservativo masculino

DESvantagens

- Dificuldade na utilização
- É mais dispendioso que o preservativo masculino

ACONSELHAMENTO

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

Utilizar uma única vez.

DIAFRAGMA*

EFICÁCIA

- 6 a 16 gravidezes em 100 mulheres/ano, dependendo da correcção e consistência do uso

VANTAGENS

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

DESvantagens

- Dificuldade na utilização
- O uso deve ser associado ao de um espermicida
- Necessita de um profissional treinado para avaliar o tamanho do diafragma

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

CONTRA-INDICAÇÕES

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

ESCOLHA DO DIAFRAGMA

Através do exame ginecológico.

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

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

ACONSELHAMENTO

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

A mulher deve segurar o diafragma com uma das mãos, estreitando o aro com os dedos indicador e polegar. Com a outra mão, mantém afastados os pequenos lábios enquanto introduz o diafragma na vagina.

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

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

Aconselha-se a associação de um espermicida que é colocado no interior e à volta do aro do diafragma, antes de cada utilização.

Deve-se pedir à utente para treinar a inserção do diafragma durante a consulta, e verificar se foi correctamente colocado.

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

Após cada utilização, deverá ser lavado e mantido seco.

O diafragma só poderá permanecer colocado até ao máximo de 24 horas devido à possibilidade de ocorrência de infecções.

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

ESPERMICIDA

- A **eficácia depende da utilização correcta e sistemática**, preferencialmente em associação com outro método
- **Pode ser utilizado como coadjuvante de outros métodos contraceptivos**
- **Oferece alguma protecção contra as ITS e suas consequências** (embora **muito menos** que o preservativo)
- **Os espermicidas não são teratogénicos**

TIPOS

Os espermicidas podem ser apresentados sob a forma de creme, espuma, esponja, cones ou comprimidos vaginais

EFICÁCIA

- 18 a 30 gravidezes em 100 mulheres/ano, quando utilizados isoladamente

VANTAGENS

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

DESVANTAGENS

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

ACONSELHAMENTO

Introduzir o espermicida profundamente na vagina.

O intervalo entre a aplicação do espermicida e a relação sexual pode ir até 60 minutos.⁴

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

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

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

⁴ Ler atentamente as instruções de uso que acompanham cada produto específico

MÉTODOS DE CONHECIMENTO DO PERÍODO FÉRTIL OU DE AUTO-OBSERVAÇÃO

- **Implica conhecer as modificações fisiológicas ao longo do ciclo menstrual e cumprir as regras do método específico escolhido**
- **Requer a cooperação dos dois parceiros.** O casal terá de concordar com a abstenção de relações sexuais vaginais nos dias férteis
- **Não tem efeitos colaterais nem risco para a saúde**
- **Não protege das ITS**

40

Estes métodos implicam um período de acompanhamento em que a mulher aprende a identificar a fase potencialmente fértil. São também conhecidos como métodos de “abstinência periódica”.

Os casais que optam por estes métodos precisam de estar muito motivados e desenvolver competências para os poderem utilizar com eficácia.

TIPOS

- Métodos com base no calendário (Ogino-Knauss)
- Métodos baseados na observação de sinais e sintomas
 - Método da temperatura basal (MTB)
 - Método do muco (Billings)
 - Método sintotérmico (MTB+Billings)

EFICÁCIA

- 2 a 25 gravidezes em 100 mulheres / ano
- Depende do método escolhido e da consistência e correcção com que é utilizado
- A eficácia é maior quando se opta por uma combinação destes métodos associada à abstinência de relações sexuais vaginais durante o período fértil

VANTAGENS

- Não tem efeitos colaterais, nem riscos para a saúde
- Ajuda a mulher a conhecer melhor o seu corpo
- É imediatamente reversível
- Pode ser utilizado para evitar a gravidez ou para engravidar, de acordo com o desejo do casal
- Permite a alguns casais estar de acordo com as suas normas culturais ou religiosas

DESVANTAGENS

- Pode requerer um longo período de abstinência
- Geralmente são necessários pelo menos 3 a 6 ciclos para aprender a identificar o período fértil
- Difícil de utilizar quando em presença de ciclos irregulares como por exemplo na adolescência, climatério, durante o puerpério e amamentação
- É necessária uma observação cuidada das modificações fisiológicas do corpo da mulher e o registo diário dos dados
- Não protege das ITS

MÉTODOS COM BASE NO CALENDÁRIO

O período fértil é calculado com base nas premissas:

- a mulher tem uma ovulação por mês, 14 dias antes da menstruação seguinte
- o óvulo é viável entre 1 a 3 dias após a ovulação e o espermatozóide pode ser fecundante 3 a 5 dias após a ejaculação

Considerando a duração dos ciclos menstruais anteriores (pelo menos 6 ciclos), calcula-se o período fértil, subtraindo 11 dias ao número de dias do ciclo mais longo e 18 dias ao número de dias do ciclo mais curto.

Exemplo:

1. Se o ciclo mais curto dos últimos 6 meses foi de **27** dias

$$27 - 18 = 09$$

2. Se o ciclo mais longo dos últimos 6 meses foi de **31** dias

$$31 - 11 = 20$$

Neste caso, o período fértil situar-se-á entre o 9º e o 20º dias do ciclo, inclusive.

Se o casal tiver relações sexuais vaginais nesses dias deverá associar outro método como por exemplo o preservativo. Se o casal decidir utilizar, neste período, o coito interrompido ou os espermicidas, deve ser prevenido da baixa eficácia destes métodos.

MÉTODOS BASEADOS NA AVALIAÇÃO DE SINAIS E SINTOMAS

Não há restrições médicas à utilização destes métodos, embora algumas condições possam dificultar ou inviabilizar a sua utilização.

São necessárias precauções adicionais na utilização destes métodos, nas seguintes situações:

- Aborto recente
- Logo após a menarca e no climatério
- Situações crónicas que alterem a temperatura basal
- Infecções vaginais
- Aleitamento materno

A utilização do método deve ser adiada quando se verificar:

- Parto recente (iniciar apenas quando as secreções vaginais retomarem a normalidade)
- Hemorragia vaginal anormal, sem diagnóstico conhecido
- Situações clínicas agudas que alteram a temperatura corporal (para o MTB e sintotérmico)
- Utilização de drogas que afectam as secreções vaginais, a temperatura basal ou atrasam ovulação: ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepressivos, antipsicóticos, antihistamínicos, anti-inflamatórios não esteróides, aspirina, paracetamol ou o uso continuado de antibióticos.

42

▪ *MÉTODO DA TEMPERATURA BASAL (MTB)*

Este método tem como fundamento o aumento verificado na temperatura basal, após a ovulação, provocado pela progesterona e que define a segunda fase do ciclo.

MODO DE UTILIZAÇÃO

A mulher deve avaliar a sua temperatura em repouso, antes de se levantar e registá-la. Deve fazê-lo diariamente à mesma hora e sempre no mesmo local (vaginal, rectal ou oral).

Os registos apresentam habitualmente pequenas oscilações dos valores da temperatura ao longo do ciclo, no entanto, no dia da ovulação verifica-se um aumento 0,3 a 0,8°C (geralmente precedido de uma ligeira descida) e que se mantém até ao início da menstruação seguinte.

Este método só identifica o fim do período fértil, pelo que deve haver abstinência de relações sexuais vaginais desde a menstruação até ao 3º dia de temperatura “elevada” mantida, após o que terá sido ultrapassado o período fértil, e poderá haver relações sexuais vaginais sem risco de gravidez, até à menstruação seguinte.

▪ *MÉTODO DO MUCO CERVICAL (BILLINGS)*

As características do muco cervical variam ao longo do ciclo, aumentando em volume e elasticidade (*filância*) no período peri-ovulatório.

O período fértil inicia-se no 1º dia em que o muco se torna *filante* e transparente, prolongando-se pelo menos 3 dias após a filância máxima.

MODO DE UTILIZAÇÃO

A mulher deve observar, diariamente, o muco cervical, retirando-o da vagina com dois dedos ou um toalhete de papel.

Na fase não fértil o muco tem pouca elasticidade quando distendido entre os dois dedos. No período de fertilidade máxima a elasticidade pode atingir os 15 a 20 cm.

É a observação diária do muco, e a evolução das suas características, que permitirá à mulher identificar os dias férteis, durante os quais não deverá ter relações sexuais vaginais desprotegidas.

Podem levar a uma interpretação incorrecta do muco:

- a existência de corrimento devido a infecção cervical ou vaginal
- a presença de ejaculado

▪ *MÉTODO SINTOTÉRMICO*

A mulher identifica os dias férteis e inférteis relacionando os métodos da temperatura basal e do muco cervical. Pode associar outros sinais de fertilidade, como a tensão mamária ou a “dor” ovulatória.

O período fértil inicia-se logo que sejam avaliáveis secreções vaginais, terminando no 4º dia após a filância máxima de muco cervical e depois de ultrapassado o 3º dia de subida de temperatura basal.

Nota: Existem pequenos equipamentos que facilitam a identificação do período fértil da mulher e que podem ser adquiridos em farmácias.

Embora já disponíveis em situações de apoio à fertilidade, a sua utilização e fiabilidade como métodos para a contraceção não estão ainda suficientemente estudados.

43

Os microscópios de bolso

De utilização muito simples, permitem observar as variações da estrutura microscópica do muco cervical ou da saliva, identificando os dias férteis.

Computador de bolso

Consiste num computador de bolso que armazena e processa os dados obtidos a partir dos registos da mulher, como a Temperatura Basal, combinados com a utilização de algumas tiras para teste de urina. Quanto mais exaustivo o número de dados introduzidos, maior a precisão da previsão do período fértil.

Teste Monoclonal

Consiste na utilização de tiras teste para a pesquisa de hormona luteínica (LH) na urina, cujo pico máximo ocorre 24/36 horas antes da ovulação.

CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA

44

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

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

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

(Lei 3/84 –Art.º10.º)

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

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

- Estão disponíveis outros métodos de contracepção eficazes e reversíveis
- A esterilização é um método cirúrgico
- Se for bem sucedida, a intervenção irá evitar que a/o utente tenha mais filhos
- O procedimento é considerado permanente e, provavelmente, irreversível
- Antes da intervenção, o/a utente pode mudar de ideia em qualquer momento, mesmo depois do consentimento assinado

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

- jovens
- sem filhos
- com problemas conjugais
- que tenham a oposição do/a companheiro/a à cirurgia.
- No período pós-parto e pós-aborto (embora sejam momentos muito convenientes para efectuar a laqueação de trompas, a decisão deve ser tomada ao longo da gravidez e antes do parto)

No entanto, nenhum dos pontos anteriormente referidos contra-indica a esterilização. **A decisão final é sempre do indivíduo.**

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

LAQUEAÇÃO DE TROMPAS

TIPOS

Os procedimentos mais utilizados são:

- **Minilaparotomia:** infraumbilical (até ao 7.º dia pós-parto)
- suprapúbica (em qualquer data após a 6.ª semana pós-parto)
- **Laparoscopia**
- **Essure:** dispositivo médico para introdução nas trompas, através de histeroscopia, com o objectivo de contracepção definitiva. Dispensa o uso de anestesia geral e bloco operatório, permitindo a alta ao fim de poucas horas. Face aos outros métodos cirúrgicos, tem um custo/benefício ainda muito elevado.

45

EFICÁCIA

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

VANTAGENS

- Um único procedimento permite uma contracepção segura, eficaz e definitiva
- Não tem efeitos colaterais ou riscos para a saúde, a longo prazo
- Pode melhorar o desejo e a resposta sexual, uma vez que elimina o receio de uma gravidez não desejada
- Não interfere com a amamentação
- Pode ser realizada no pós-parto, aproveitando o mesmo período de internamento
- Em alguns serviços pode ser realizada em regime de ambulatório

DESVANTAGENS

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

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

VASECTOMIA

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

EFICÁCIA

- 0,15 gravidezes por 100 homens/ano; < 1 gravidez por mulher/ano

VANTAGENS

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

DESVANTAGENS

- Requer exame físico e um procedimento cirúrgico por profissional treinado
- Reverter o método é difícil, dispendioso e não está disponível em todos os serviços
- Podem surgir algumas complicações imediatas (embora raras) como infecção, hemorragia ou hematoma do escroto
- Dor e edema do escroto são comuns, na primeira semana do pós-operatório
- Não é imediatamente eficaz

Após a vasectomia, as primeiras 20 ejaculações podem conter espermatozóides, pelo que o casal deve utilizar outro método contraceptivo nessas relações sexuais ou nos primeiros 3 meses. Dois espermogramas sem espermatozóides asseguram o êxito da intervenção.

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

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

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

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

- A CE é o único método que pode ser utilizado *após* a relação sexual, para prevenir a gravidez
- A CE poderia prevenir a maior parte das gravidezes não desejadas que ocorrem, se um maior número de mulheres tivesse acesso a essa opção
- Reduzindo o número de gravidezes não desejadas, a CE pode diminuir o número de interrupções da gravidez *por opção da mulher*
- Existe evidência científica de que a CE é eficaz e segura, para todas as mulheres
- Não é abortiva. Não tem efeitos teratogénicos
- O recurso à CE pode ser uma oportunidade privilegiada para o início de um método contraceptivo continuado e eficaz
- As contra-indicações para a CO continuada não se aplicam na CE

47

A CE é um recurso importante para a mulher que, não desejando engravidar, teve uma relação sexual não protegida ou um acidente contraceptivo.

Ter acesso à CE é particularmente importante para adolescentes que, com frequência, têm pouca experiência na utilização da contracepção. Dar informação sobre a CE e sobre os serviços onde pode recorrer para a adquirir é um meio de evitar os sérios problemas de saúde que podem advir, designadamente, de uma gravidez precoce.

Deve ser sempre oferecida, nos casos de violação.

MODO DE ACÇÃO

- A CE actua primariamente retardando ou inibindo a ovulação
- A CE não é efectiva se a mulher já estiver grávida

TIPOS

Disponíveis, em Portugal, actualmente:

- Método de Yuzpe
- Método com progestativo
- Método do DIU

1. MÉTODO DE YUZPE

- 8 comprimidos de um COC contendo 30µg de (Ethinilestradiol (EE) + 150 µg de levonorgestrel (LNG) (**Microginon**) em duas tomas, com intervalo de 12 horas (4+4).

fórmula	nome comercial	comprimidos/ toma	doses	administração
EE 30µg + LNG 150µg	Microginon	4	2	1ª dose até 5 dias após a relação sexual

2. MÉTODO COM PROGESTATIVO

- 1 comprimido contendo 1500µg de levonorgestrel em toma única.

fórmula	nome comercial	comprimidos/toma	doses	administração
LNG 1500µg	Postinor Norlevo	1	1	até 5 dias após a relação sexual

EFICÁCIA

A eficácia é tanto maior quanto mais precocemente for efectuada a toma

- 2 gravidezes em cada 100 mulheres que utilizam o método de Yuzpe
- 1 gravidez em cada 100 mulheres que utilizam a CE com progestativo
- O risco de gravidez é 4-8 vezes superior quando não se utiliza a CE

EFEITOS COLATERAIS

Náuseas e Vômitos - Habitualmente não ultrapassam 24 horas e são menos frequentes com a CE progestativa.

Se os vômitos ocorrem nas duas horas seguintes à toma, repetir a dose. Se os vômitos persistirem, a dose de CE pode ser colocada, profundamente, na vagina.

O uso de antieméticos não é recomendado por rotina. Quando necessários, os antieméticos profiláticos devem ser ingeridos ½ a 1 hora antes da toma da CE.

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

Tensão mamária, cefaleias, tonturas e fadiga - Não são significativas e desaparecem em 24 horas.

MODO DE UTILIZAÇÃO

- Excluir a possibilidade de gravidez, determinando a data da última menstruação.
- **Não é necessário fazer o exame pélvico ou outros testes**, a menos que haja fortes indícios de gravidez, ou existam outras razões médicas.
- Embora a CE possa ser utilizada até 5 dias após uma relação sexual não protegida, a sua toma *deve ser efectuada o mais precocemente possível*.

A CE previne **apenas** a ocorrência de gravidez resultante de um acto sexual ocorrido nos 5 dias anteriores; **não previne a gravidez que possa resultar de uma relação sexual posterior à toma da CE (mesmo que no dia a seguir)**. O retorno à fertilidade é imediato, devendo por isso ser fornecido e/ou negociado, outro método contraceptivo

De acordo com a legislação em vigor, todas as unidades de saúde devem ter disponíveis embalagens de CE nas consultas, atendimentos permanentes e serviços de urgência de modo a poder fornecê-los de imediato

CE E INÍCIO DE UM MÉTODO CONTRACEPTIVO

- **Contraceptivos orais, adesivo e anel vaginal** - O método pode ser iniciado no dia a seguir à toma da CE, sem necessidade de esperar pela menstruação. Deve ser utilizado outro método (por ex. preservativos) durante os primeiros 7 dias
- **Contracepção hormonal injectável** - Pode ser feita a administração no mesmo dia, aconselhando-se o uso de outro método durante os primeiros 7 dias
- **Implante subcutâneo** - Deve ser inserido depois do retorno da menstruação
- **DIU** - Pode ser colocado no próprio dia, como CE (ver abaixo). Não necessita de método coadjuvante

Sempre que a mulher optar por iniciar um método, mais tarde, após o aparecimento da menstruação, fornecer preservativos.

3. MÉTODO DO DIU

O DIU com cobre pode ser usado como um método de CE, sendo sobretudo apropriado para aquelas mulheres que desejam manter o DIU como contracepção permanente e que cumprem os requisitos para o seu uso regular.

A utilização do DIU como CE requer a intervenção de um profissional treinado na sua colocação e experiente, em particular no que se refere ao diagnóstico de gravidez, de infecção pélvica ou na avaliação da possibilidade de coexistência de uma ITS. O seu uso generalizado é, assim, bastante mais restrito.

EFICÁCIA

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

ACONSELHAMENTO

As mulheres que solicitam CE podem apresentar grande ansiedade, devendo o aconselhamento, ser efectuado de uma forma ainda mais compreensiva, objectiva e isenta de juízos de valor.

Discutir:

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

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

Lei n.º12/2001 – artigo 3.º

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

CONTRACEPÇÃO NO PÓS-PARTO

- O espaçamento entre os nascimentos traz benefícios para a saúde da mulher e da criança
- A utilização de contracepção pós-parto deve ser discutida durante o período pré-natal
- Na mulher *que não amamenta*, o retorno à fertilidade ocorre cerca de 4 semanas após o parto

O intervalo entre as gravidezes é um factor determinante da morbilidade e mortalidade perinatal, infantil e materna, havendo evidência de que um intervalo inferior a 2 anos tem impacto negativo na saúde das mães e das crianças.

As vantagens do espaçamento dos nascimentos e a necessidade de utilizar um método contraceptivo após o parto devem começar a ser discutidas durante a vigilância pré-natal e reforçadas, depois, no puerpério.

O quadro seguinte resume as directivas da OMS/2007.

MÉTODO CONTRACEPTIVO	INICIO DA CONTRACEPÇÃO	
	ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO	ALEITAMENTO MISTO OU ARTIFICIAL
AMENORREIA LACTACIONAL	imediatamente após o parto	não aplicável (NA)
VASECTOMIA	imediatamente após parto ¹	
LAQUEAÇÃO DE TROMPAS	nos primeiros 7 dias ou a partir das 6 semanas pós-parto	
DIU COM COBRE	nas primeiras 48h ou a partir das 4 semanas pós-parto	
DIU COM LEVONORGESTREL	a partir das 4 semanas pós-parto	
COC	6 meses após o parto ²	21 dias após o parto se não amamenta
ANEL VAGINAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
ADESIVO		
POC	6 semanas após o parto ²	Imediatamente se não amamenta
INJECTÁVEL TRIMESTRAL		6 semanas após o parto se amamentação mista
IMPLANTE		
PRESERVATIVOS	imediatamente após o parto	
DIAFRAGMA	6 semanas após o parto	
MÉTODO DE AUTOOBSERVAÇÃO		quando as secreções vaginais tiverem retornado ao normal
CALENDÁRIO		após 3 ciclos menstruais regulares

1- se a vasectomia for realizada nos primeiros 6 meses da gravidez da companheira, já será eficaz depois do parto.

2- a utilização mais precoce não está recomendada, **a não ser que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis por critérios médicos e/ou pessoais.**

ESCOLHA DO MÉTODO

Diversos factores podem afectar a decisão de escolha do método contraceptivo e têm de ser tidos em conta: o processo fisiológico do puerpério, o retorno da fertilidade, se a mulher está ou não a amamentar em exclusivo e as expectativas do casal quanto ao recomeço das relações sexuais.

A utilização dos **contraceptivos hormonais combinados** pode diminuir a quantidade e a qualidade do leite podendo, por isso, ter efeitos adversos no crescimento da criança com amamentação exclusiva.

52

A utilização de **contraceptivos hormonais só com progestativo**, nas primeiras 6 semanas pós-parto, não afecta a qualidade nem quantidade do leite, mas é desconhecido o seu efeito sobre o desenvolvimento hepático e cerebral do recém-nascido, pelo que, sempre que possível, não se recomenda a sua utilização nesse período.

Pesar sempre o risco/benefício numa nova gravidez nesta fase.

AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA

(LACTATIONAL AMENORRHOEA METHOD - LAM)

- **Traz benefícios para a mãe e para o bebé**
- **Pode ser eficaz até 6 meses após o parto**, se a mulher amamenta em “*exclusivo*” ou “*quase em exclusivo*” e está em amenorreia
- **Não tem custos directos, nem na contracepção nem na alimentação do bebé**
- **Não protege das ITS**

É um método contraceptivo temporário, baseado no efeito natural da amamentação sobre a fertilidade. Amamentar com frequência e com intervalos curtos assegura picos de prolactina, que inibem a ovulação.

EFICÁCIA

- 1 a 2 gravidezes em 100 mulheres/ano

A OMS classifica o aleitamento materno em:

- “**exclusivo**” em que a criança não recebe nenhum outro líquido ou alimento, nem mesmo água, em adição ao leite materno
- “**predominante**” que inclui água, sumos ou chás
- “**quase exclusivo**” em que apenas uma refeição semanal poderá não ser de origem materna

A utilização do LAM como método contraceptivo requer a coexistência de *3 condições*:

- A mulher deve permanecer em amenorreia
- A amamentação terá de ser exclusiva, ou quase exclusiva, com mamadas diurnas e nocturnas; o intervalo entre as mamadas não deve ser superior a 6 horas
- A criança deve ter menos de 6 meses de idade

A mulher deve estar informada e ter consigo um outro método para início imediato caso uma das 3 condições deixe de estar presente.

VANTAGENS

- Muito eficaz quando estão preenchidos os 3 critérios
- Pode ser utilizado como método contraceptivo
- A amamentação não pressupõe modificações dos hábitos alimentares da lactante
- Ausência de efeitos sistémicos
- Económico para o agregado familiar

DESVANTAGENS

- Não protege das ITS

CONTRA INDICAÇÕES

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

CATEGORIA 4:

- VIH positivo ou SIDA
- Uso continuado de antidepressivos, lítio, alguns anticoagulantes, altas doses de corticóides, reserpina, ergotamina

CONTRACEPÇÃO PÓS - INTERRUPTÃO DA GRAVIDEZ (IVG)

- **O retorno à fertilidade é rápido após a IVG.** É necessário iniciar, de imediato, um método contraceptivo
- **Na sequência de uma gravidez não desejada, a mulher está mais receptiva para utilizar a contracepção**
- **Vários métodos podem ser iniciados imediatamente após uma interrupção de gravidez cirúrgica ou medicamentosa**

54

É boa prática médica assegurar a utilização de um método contraceptivo eficaz após a IVG. Deve estar protocolada a articulação entre os serviços que efectuam a IVG e as consultas de planeamento familiar, quer estas se realizem no hospital, quer no centro de saúde.

Os hospitais e os centros de saúde devem disponibilizar métodos contraceptivos que possam ser utilizados, o mais precocemente possível, após a IVG.

A escolha do contraceptivo deve ter em conta, entre outros factores, os métodos anteriores e a sua adequada ou inadequada utilização pela mulher.

INÍCIO DO MÉTODO CONTRACEPTIVO

Após a IVG medicamentosa

- A contracepção hormonal injectável, o implante e o adesivo podem ser iniciados no próprio dia da toma do *misoprostol*
- Embora a toma da pílula possa começar no próprio dia do misoprostol, recomenda-se que se inicie no dia a seguir, para reduzir o risco de vómitos
- Se não foi adoptado um método contraceptivo nas circunstâncias acima referidas, recomendar o uso de preservativos até à consulta de controlo ou de planeamento familiar
- Não tendo havido complicações, o DIU pode ser colocado na consulta de controlo

Após a IVG cirúrgica

- O DIU e o implante podem ser inseridos imediatamente após a aspiração/curetagem
- A contracepção hormonal pode ser iniciada no próprio dia

Em casos seleccionados, pode ser realizada, no mesmo tempo operatório, a laqueação tubária por laparotomia ou laparoscopia. A decisão, nestes casos, exige ponderação já que se trata de um método definitivo, decidido numa situação de particular *stress* da mulher e/ou do casal.

Os métodos de auto observação e do calendário só devem ser utilizados depois da menstruação.

ACONSELHAMENTO

O aconselhamento contraceptivo, no contexto da IVG, deve começar na consulta prévia e ser reforçado após a interrupção.

O atendimento deve ser feito com atitude isenta de juízos de valor, compreensiva e acolhedora, assegurando a privacidade e a confidencialidade.

Para decidir acerca da sua saúde e fertilidade, a mulher necessita saber que:

- o retorno da fertilidade é rápido: 2 semanas, após um aborto do 1º trimestre e 4 semanas após um aborto do 2º trimestre
- para evitar uma nova gravidez não desejada, deve iniciar um contraceptivo eficaz o mais precocemente possível
- tem à sua escolha vários métodos
- se optar por utilizar um método só após o aparecimento da menstruação, deve usar preservativo sempre que tiver relações sexuais

De acordo com nº 3 do Artigo 19.º da Portaria 174-A/2007 de 21 de Junho

Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos devem garantir às mulheres que interrompam a gravidez:

- a prescrição de um método contraceptivo, desde que adequado
- a marcação de uma consulta de saúde reprodutiva/planeamento familiar a realizar no prazo máximo de 15 dias após a interrupção da gravidez

CUIDADOS PRÉ CONCEPCIONAIS

As consultas de planeamento familiar constituem momentos privilegiados para a prestação de cuidados pré-concepcionais, com vista a uma futura gravidez, conforme é preconizado na CN nº 2/DSMIA de 16/01/06, da qual se transcrevem os seguintes procedimentos:

DETERMINAR

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

EFFECTUAR:

- *A determinação do grupo sanguíneo e factor Rh*
- *O rastreio das hemoglobinopatias, de acordo com a CN nº 18/DSMIA/2004*
- *A determinação da imunidade à rubéola e a vacinação, sempre que necessário*
- *A determinação do estado de portador de hepatite B e a vacinação, de acordo com o PNV 2006 – CN nº 8/DT/2005 de 21 de Dezembro*
- *A vacinação anti-tetânica de acordo com o PNV 2006*
- *O rastreio da toxoplasmose, da sífilis, da infecção por VIH e por Citomegalovírus (CMV)*
- *O rastreio do cancro do colo do útero, se o anterior foi efectuado há mais de um ano*
- *Outros testes laboratoriais, sempre que indicado.*

Os dados devem ser registados no local próprio do Boletim de Saúde Reprodutiva/Planeamento Familiar e, posteriormente, transferidos para o Boletim de Saúde da Grávida.

DISCUTIR

- *O espaçamento recomendado entre os nascimentos, incluindo as questões relativas ao uso dos contraceptivos e à sua interrupção*
- *As possíveis consequências para o feto da ocorrência na gravidez de uma infecção de transmissão sexual e a importância da adopção de comportamentos seguros pelo homem e pela mulher*
- *O estado nutricional, hábitos alimentares e estilos de vida*
- *Os aspectos psicológicos, familiares, sociais e financeiros relacionados com a preparação da gravidez*
- *As vantagens da vigilância pré-natal precoce e continuada.*

RECOMENDAR

- *O registo do calendário das menstruações*
- *A suplementação com ácido fólico a iniciar pelo menos dois meses antes da data de interrupção do método contraceptivo*
- *A realização, pelo futuro pai, do rastreio da sífilis, da infeção por VIH e do estado de portador de hepatite B.*

PROGRAMAR

- *O acompanhamento das situações de risco em estreita colaboração com o Hospital de Apoio Perinatal.*

INFORMAR

- *Dos potenciais riscos da gravidez sobre a doença crónica em causa, dos eventuais efeitos negativos desta, ou da terapêutica utilizada, sobre o feto e das medidas que podem ser implementadas para obviar estes riscos, designadamente, com o envio atempado à consulta pré-concepcional de referência.*

Todos/as utentes da consulta de planeamento familiar devem estar informados sobre a importância da programação de uma gravidez. Ênfase especial deve ser dado, às mulheres com patologia crónica (HTA, DM I e II, epilepsia, asma e doenças auto-imunes, entre outras), em que a pré-concepção deve ser entendida, pelas próprias, como indispensável

Nenhuma mulher que pretenda engravidar, deve interromper o uso do método contraceptivo que o casal utiliza, sem que sejam postos em prática os procedimentos anteriormente citados

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEPTIVOS

Os quadros seguintes resumem os critérios médicos da elegibilidade para o uso de contraceptivos estabelecidos pela *task force* da Organização Mundial de Saúde (OMS).

CATEGORIAS

1	Sem restrição ao uso do método	
2	A vantagem de utilizar o método supera os riscos teóricos ou comprovados	A classificação nesta categoria indica que, de forma geral, o método pode ser utilizado, mas requer um acompanhamento cuidadoso
3	Os riscos teóricos ou comprovados superam as vantagens de utilizar o método	A disponibilização do método a uma mulher com uma situação classificada nesta categoria exige uma avaliação clínica cuidadosa e acesso fácil aos serviços. Deve ser ponderado o grau de gravidade da situação clínica, assim como a possibilidade de utilização e a aceitabilidade de outros métodos alternativos
4	Não deve ser utilizado	

59



≡ USAR O MÉTODO



≡ NÃO USAR O MÉTODO



≡ INÍCIO DO MÉTODO



≡ CONTINUAÇÃO DO MÉTODO



≡ SITUAÇÃO NÃO CONSIDERADA, NÃO AFECTA A ELEGIBILIDADE PARA O MÉTODO

NA

≡ NÃO APLICÁVEL

SITUAÇÃO CLÍNICA		CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS	ADESIVO E ANEL VAGINAL	CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO	INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE SUBCUTÂNEO	CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU COM COBRE	DIU COM LEVONORGESTREL
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E HISTÓRIA REPRODUTIVA									
IDADE	da menarca até < 40			da menarca até < 18				da menarca até < 20	
	1	1	1	2	1	-	2	2	
	≥ 40		dos 18 aos 45				≥ 20		
	2	2	1	1	1	-	1	1	
		≥ 45							
		1	2	1	-				
PARIDADE									
nulípara	1	1	1	1	1	-	2	2	
múltipara	1	1	1	1	1	-	1	1	
AMAMENTAÇÃO									
< 6 sem pós-parto	4	4	3 ⁽⁵⁾	3 ⁽⁵⁾	3 ⁽⁵⁾	1	(6)	(6)	
≥ 6 sem até 6 meses pós-parto (amamentação predominante)	3	3	1	1	1	1	(6)	(6)	
≥ 6 meses pós-parto	2	2	1	1	1	1	(6)	(6)	
PÓS-PARTO (sem amamentação)									
< 21 dias	3	3	1	1	1	-	(6)	(6)	
≥ 21 dias	1	1	1	1	1	-	(6)	(6)	
PÓS-ABORTO									
1.º Trimestre	1	1	1	1	1	-	1	1	
2.º Trimestre	1	1	1	1	1	-	2	2	
Pós-aborto séptico imediato	1	1	1	1	1	-	4	4	
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	1	1	2	1	1	1	1	1	
CIRURGIA PÉLVICA ANTERIOR	1	1	1	1	1	-	1	1	

⁽⁵⁾ Quando a possibilidade de uma gravidez induz um risco elevado de morbilidade e/ou mortalidade, o método pode ser fornecido à mulher, imediatamente após o parto, mesmo que esteja a amamentar.

⁽⁶⁾ DIU pós-parto e independentemente da mulher estar ou não a amamentar: a inserção do DIU até 48 horas pertence à categoria 2 para DIU com cobre e à categoria 3, para DIU com levonorgestrel. Para ambos, a inserção entre 48 horas a 4 semanas pós parto, pertence à categoria 3; depois de 4 semanas, categoria 1. Na *sepsis puerperal*, categoria 4.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS	ADESIVO E ANEL VAGINAL	CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO	INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE SUBCUTÂNEO	CONTRACÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU COM COBRE	DIU COM LEVONORGESTREL
FUMADORAS								
idade < 35	2	2	1	1	1	-	1	1
idade ≥ 35								
< 15 cigarros	3	3	1	1	1	-	1	1
≥ 15 cigarros	4	4	1	1	1	-	1	1
OBESIDADE								
Índice de Massa Corporal (IMC) ≥ 30/kg/m ²	2	2	1	1	1	-	1	1
AValiação DA PRESSÃO ARTERIAL (PA) indisponível	NA ⁽⁷⁾	NA ⁽⁷⁾	NA ⁽⁷⁾	NA ⁽⁷⁾	NA ⁽⁷⁾	-	NA	NA
MÚLTIPLOS FACTORES DE RISCO PARA DOENÇAS CARDIOVASCULARES (idade, tabaco, diabetes, hipertensão)	3/4 ⁽⁸⁾	3/4 ⁽⁸⁾	2	3	2	-	1	2
HIPERTENSÃO ⁽⁹⁾								
história de hipertensão (incluindo HIPERTENSÃO na GRAVIDEZ), quando a PA não pode ser avaliada	3	3	2 ⁽⁷⁾	2 ⁽⁷⁾	2 ⁽⁷⁾	-	1	2
hipertensão controlada e possibilidade de avaliação da PA	3	3	1	2	1	-	1	1
PA elevada (medida correctamente)								
sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	3	3	1	2	1	-	1	1
sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 ⁽¹⁰⁾	4	4	2	3	2	-	1	2

(7) Quando a possibilidade de uma gravidez induz um risco elevado de morbilidade e/ou mortalidade, não deve ser recusada a sua utilização, só porque a pressão arterial não pode ser avaliada.

(8) Quando coexistem múltiplos factores de risco e cada um deles por si só aumenta o risco cardiovascular, o uso do método pode aumentar, esse risco, para um nível inaceitável.

(9) Desde que não existam mais factores de risco, uma única medição da PA não é suficiente para classificar uma mulher como hipertensa.

(10) Nesta situação uma gravidez é um risco inaceitável. A mulher deve ser informada da elevada taxa de gravidez associada à utilização de espermicidas, coito interrompido, métodos naturais, preservativos femininos e masculinos e diafragmas.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS	ADESIVO E ANEL VAGINAL	CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO	INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE SUBCUTÂNEO	CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU COM COBRE	DIU COM LEVONORGESTREL			
DOENÇA VASCULAR ARTERIAL	4	4	2	3	2	-	1	2			
HISTÓRIA DE HIPERTENSÃO DURANTE A GRAVIDEZ (avaliação PA possível e normal)	2	2	1	1	1	-	1	1			
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA(TVP) EMBOLIA PULMONAR (EP)											
história de TVP/EP	4	4	2	2	2	(*)	1	2			
TVP/EP em curso	4	4	3	3	3	(*)	1	3			
história familiar de TVP/EP (familiares em 1.º grau)	2	2	1	1	1	(*)	1	1			
CIRURGIA MAJOR											
com imobilização prolongada	4	4	2	2	2	-	1	2			
sem imobilização prolongada	2	2	1	1	1	-	1	1			
CIRURGIA MINOR											
sem imobilização prolongada	1	1	1	1	1	-	1	1			
MUTAÇÕES TROMBOGÉNICAS CONHECIDAS (FACTOR V LEIDEN, MUTAÇÃO DA PROTROMBINA; DEFICIÊNCIA DE PROTEÍNA S, PROTEÍNA C, ANTITROMBINA) ⁽¹⁰⁾	4	4	2	2	2	(*)	1	2			
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL											
veias varicosas	1	1	1	1	1	-	1	1			
tromboflebite superficial	2	2	1	1	1	-	1	1			
DOENÇA CARDÍACA ISQUÉMICA ⁽¹⁰⁾			I	C			I	C			
actual	4	4	2	3	3	2	3	(*)	1	2	3
história de	4	4	2	3	3	2	3	(*)	1	2	3
AVC (história de acidente vascular cerebral) ⁽¹⁰⁾	4	4	2	3	3	2	3	(*)	1	2	3

⁽¹⁰⁾ Nesta situação uma gravidez é um risco inaceitável. A mulher deve ser informada da elevada taxa de gravidez associada à utilização de espermicidas, coito interrompido, métodos naturais, preservativos femininos e masculinos e diafragmas.

(*) História de doença cardíaco-vascular grave (Doença cardíaca isquémica, angor, AVC, tromboembolismo), categoria 2.

	CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS		ADESIVO E ANEL VAGINAL		CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO		INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO		IMPLANTE SUBCUTÂNEO		CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA		DIU COM COBRE		DIU COM LEVONORGESTREL	
SITUAÇÃO CLÍNICA																
HIPERLIPIDEMIA CONHECIDA	2/3 ⁽¹¹⁾		2/3 ⁽¹¹⁾		2		2		2		-		1		2	
DOENÇA VALVULAR CARDÍACA																
sem complicações	2		2		1		1		1		-		1		1	
com complicações (hipertensão pulmonar, fibrilhação auricular, história de endocardite bacteriana subaguda) ⁽¹⁰⁾	4		4		1		1		1		-		2 ⁽¹²⁾		2 ⁽¹²⁾	
PATOLOGIA NEUROLÓGICA																
CEFALEIAS⁽¹³⁾	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C		
ligeira ou grave	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	-		1	1	1	
ENXAQUECA																
sem aura	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C		
idade < 35	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	-		1	2	2	
idade ≥ 35	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	-		1	2	2	
com aura, em qualquer idade	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	-		1	2	3	
EPILEPSIA	1 ⁽¹⁴⁾		1 ⁽¹⁴⁾		1 ⁽¹⁴⁾		1 ⁽¹⁴⁾		1 ⁽¹⁴⁾				1		1	
PERTURBAÇÕES/SITUAÇÕES DEPRESSIVAS																
SITUAÇÕES DEPRESSIVAS	1 ⁽¹⁵⁾		1 ⁽¹⁵⁾		1 ⁽¹⁵⁾		1 ⁽¹⁵⁾		1 ⁽¹⁵⁾		-		1		1 ⁽¹⁵⁾	
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO TRACTO VAGINAL																
PADRÕES DE HEMORRAGIA VAGINAL															I	C
perdas hemáticas irregulares ligeiras	1		1		2		2		2		-		1		1	
perdas hemáticas abundantes ou prolongadas (com padrão regular ou irregular)	1		1		2		2		2		-		2		1	
perdas hemáticas vaginais não explicadas e suspeitas de patologia grave, antes de avaliação	2		2		2		3		3		-		I	C	I	C
													4	2	4	2

⁽¹⁰⁾ Nesta situação uma gravidez é um risco inaceitável. A mulher deve ser informada da elevada taxa de gravidez associada à utilização de espermicidas, coito interrompido, métodos naturais, preservativos femininos e masculinos e diafragmas.

⁽¹¹⁾ Avaliar de acordo com o tipo e a gravidade da dislipidemia e a existência de outros factores de risco cardiovasculares.

⁽¹²⁾ Está recomendado o uso de antibioterapia profiláctica para a colocação do DIU.

⁽¹³⁾ A categoria refere-se exclusivamente à utilizadora que não apresenta outros factores de risco para AVC.

⁽¹⁴⁾ Utilização de anticonvulsivantes, ver interacções medicamentosas, na secção Contracepção Hormonal.

⁽¹⁵⁾ Alguns medicamentos usados nesta situação clínica podem diminuir a eficácia do método.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS	ADESIVO E ANEL VAGINAL	CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO	INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE SUBCUTÂNEO	CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU COM COBRE	DIU COM LEVONORGESTREL		
ENDOMETRIOSE	1	1	1	1	1	-	2	1		
TUMORES BENIGNOS DO OVÁRIO (incluindo quistos)	1	1	1	1	1	-	1	1		
DISMENORREIA GRAVE	1	1	1	1	1	-	2	1		
DOENÇA DO TROFBLASTO										
benigna	1	1	1	1	1	-	3	3		
maligna ⁽¹⁰⁾	1	1	1	1	1	-	4	4		
ECTROPION DO COLO DO ÚTERO	1	1	1	1	1	-	1	1		
NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (CIN)	2	2	1	2	2	-	1	2		
NEOPLASIA DO COLO DO ÚTERO (aguardando tratamento)	2	2	1	2	2	-	I 4	C 2	I 4	C 2
DOENÇA DA MAMA										
massa não diagnosticada	2	2	2	2	2	-	1	2		
doença benigna da mama	1	1	1	1	1	-	1	1		
história familiar de neoplasia	1	1	1	1	1	-	1	1		
NEOPLASIA DA MAMA										
Actual ⁽¹⁰⁾	4	4	4	4	4	-	1	4		
sem evidência de doença ao fim de 5 anos	3	3	3	3	3	-	1	3		
NEOPLASIA DO ENDOMÉTRIO ⁽¹⁰⁾	1	1	1	1	1	-	I 4	C 2	I 4	C 2
CANCRO DO OVÁRIO ⁽¹⁰⁾	1	1	1	1	1	-	3	2	3	2
MIOMAS UTERINOS										
sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	-	1	1		
com distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	-	4	4		

⁽¹⁰⁾ Nesta situação uma gravidez é um risco inaceitável. A mulher deve ser informada da elevada taxa de gravidez associada à utilização de espermicidas, coito interrompido, métodos naturais, preservativos femininos e masculinos e diafragmas.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS	ADESIVO E ANEL VAGINAL	CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO	INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE SUBCUTÂNEO	CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU COM COBRE	DIU COM LEVONORGETREL		
ANOMALIAS ANATÓMICAS										
cavidade uterina distorcida	-	-	-	-	-	-	4	4		
outras anomalias sem alteração da cavidade uterina ou que interfira com o DIU (incluindo estenose ou laceração cervical)	-	-	-	-	-	-	2	2		
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)										
história de DIP (sem factores de risco para ITS)							I	C	I	C
seguida de gravidez	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1
não seguida de gravidez	1	1	1	1	1	-	2	2	2	2
DIP em curso	1	1	1	1	1	-	4	2 ⁽¹⁶⁾	4	2 ⁽¹⁶⁾
INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (ITS)⁽¹⁰⁾							I	C	I	C
cervicite purulenta actual, <i>chlamydia</i> , ou gonorreia	1	1	1	1	1	-	4	2	4	2
outras ITS (excluindo VIH e hepatite)	1	1	1	1	1	-	2	2	2	2
vaginites (incluindo <i>trichomonas vaginalis</i> e vaginose bacteriana)	1	1	1	1	1	-	2	2	2	2
risco aumentado para ITS	1	1	1	1	1	-	□ ⁽¹⁷⁾	2	□ ⁽¹⁷⁾	2
VIH/SIDA⁽¹⁰⁾										
							I	C	I	C
alto risco de infecção VIH	1	1	1	1	1	-	2	2	2	2
infectado pelo VIH	1	1	1	1	1	-	2	2	2	2
SIDA	1	1	1	1	1	-	3	2	3	2
sob terapia anti retroviral	2	2	2	2	2	-	□ ⁽¹⁸⁾	2	□ ⁽¹⁸⁾	2

⁽¹⁰⁾ Nesta situação uma gravidez é um risco inaceitável. A mulher deve ser informada da elevada taxa de gravidez associada à utilização de espermicidas, coito interrompido, métodos naturais, preservativos femininos e masculinos e diafragmas.

⁽¹⁶⁾ Tratar **DIP** com antibioterapia adequada. Não há, habitualmente, necessidade de retirar o **DIU** se a utente desejar continuar a usar este método.

⁽¹⁷⁾ Se houver uma probabilidade muito elevada de exposição à *Neisseria Gonorrhoea* ou à *Chlamydia*, categoria 3.

⁽¹⁸⁾ **SIDA** pertence à categoria 2 para inserção, quando em terapia antiretroviral e clinicamente bem; caso contrário passa para a categoria 3.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS	ADESIVO E ANEL VAGINAL	CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO	INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE SUBCUTÂNEO	CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU COM COBRE	DIU COM LEVONORGESTREL		
OUTRAS INFECÇÕES										
TUBERCULOSE⁽¹⁰⁾							I	C	I	C
sem envolvimento pélvico	1	1	1	1	1	-	1	1	1	1
pélvica (conhecida)	1	1	1	1	1	-	4	3	4	3
MALÁRIA	1	1	1	1	1	-	1		1	
PATOLOGIA ENDOCRINOLÓGICA										
DIABETES										
história de DIABETES GESTACIONAL	1	1	1	1	1	-	1		1	
DIABETES sem doença vascular										
não insulino dependente	2	2	2	2	2	-	1		2	
insulino dependente ⁽¹⁰⁾	2	2	2	2	2	-	1		2	
com lesão renal, oftalmológica ou neurológica ⁽¹⁰⁾	¾ ⁽¹⁹⁾	¾ ⁽¹⁹⁾	2	3	2	-	1		2	
outras doenças vasculares ou diabetes com mais de 20 anos de duração ⁽¹⁰⁾	¾ ⁽¹⁹⁾	¾ ⁽¹⁹⁾	2	3	2	-	1		2	
PATOLOGIA DA TIRÓIDE										
BÓCIO simples	1	1	1	1	1	-	1		1	
HIPERTIROIDISMO	1	1	1	1	1	-	1		1	
HIPOTIROIDISMO	1	1	1	1	1	-	1		1	
PATOLOGIA GASTROINTESTINAL										
DOENÇA DA VESÍCULA										
sintomática										
tratada com colecistectomia	2	2	2	2	2	-	1		2	
tratada medicamente	3	3	2	2	2	-	1		2	
em curso	3	3	2	2	2	-	1		2	
assintomática	2	2	2	2	2	-	1		2	

⁽¹⁰⁾ Nesta situação uma gravidez é um risco inaceitável. A mulher deve ser informada da elevada taxa de gravidez associada à utilização de espermicidas, coito interrompido, métodos naturais, preservativos femininos e masculinos e diafragmas.

⁽¹⁹⁾ Avaliar de acordo com a gravidade da situação.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CONTRACEPTIVOS ORAIS COMBINADOS	ADESIVO E ANEL VAGINAL	CONTRACEPTIVOS ORAIS COM PROGESTATIVO	INJECTÁVEIS SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE SUBCUTÂNEO	CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU COM COBRE	DIU COM LEVONORGESTREL
HISTÓRIA DE COLESTASE								
relacionada com a gravidez	2	2	1	1	1	-	1	1
relacionada com o uso de contraceptivos orais combinados	3	3	2	2	2	-	1	2
HEPATITE VIRAL								
activa	4	4 ^(19,20)	3	3	3	2	1	3
portador	1	1	1	1	1	-	1	1
CIRROSE								
ligeira (compensada)	3	3	2	2	2	-	1	2
grave (descompensada) ⁽¹⁰⁾	4	4	3	3	3	-	1	3
TUMORES DO FÍGADO								
benignos (ADENOMA)	4	4	3	3	3	-	1	3
malignos (HEPATOMA) ⁽¹⁰⁾	4	4	3	3	3	-	1	3
ANEMIA								
TALASSEMIA	1	1	1	1	1	-	2	1
DOENÇA DE CÉLULAS FALCIFORMES ⁽¹⁰⁾	2	2	1	1	1	-	2	1
ANEMIA FERROPÉNICA	1	1	1	1	1	-	2	1
INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS								
DROGAS QUE ALTERAM AS ENZIMAS HEPÁTICAS								
RIFAMPICINA	3 ⁽¹⁵⁾	3 ⁽¹⁵⁾	3 ⁽¹⁵⁾	2	3 ⁽¹⁵⁾	-	1	1
alguns anticonvulsivantes (FENITOÍNA, CARBAMAZEPINA, BARBITÚRICOS, PRIMIDONA, TOPIRAMATO, OXICARBAZEPINA)	3 ⁽¹⁵⁾	3 ⁽¹⁵⁾	3 ⁽¹⁵⁾	2	3 ⁽¹⁵⁾	-	1	1
ANTIBIÓTICOS								
GRISEOFULVINA	2	2	2	1	2	-	1	1
outros antibióticos	1	1	1	1	1	-	1	1

⁽¹⁰⁾ Nesta situação uma gravidez é um risco inaceitável. A mulher deve ser informada da elevada taxa de gravidez associada à utilização de espermicidas, coito interrompido, métodos naturais, preservativos femininos e masculinos e diafragmas.

⁽¹⁵⁾ Alguns medicamentos usados nesta situação clínica podem diminuir a eficácia do método.

⁽¹⁹⁾ Avaliar de acordo com a gravidade da situação.

⁽²⁰⁾ Na mulher com hepatite viral sintomática, não utilizar este método até que a função hepática volte a valores normais, ou 3 meses depois de estar assintomática (conforme o que ocorrer primeiro).

Bibliografia

http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

IMAP statement on hormonal methods of contraception. IPPF Medical Bulletin 2002; 36 (5)

IMAP statement on intrauterine devices. Safety and efficacy of long-term contraceptive methods for women. IPPF Medical Bulletin 2003; 37(2)

68

“Drug interactions with hormonal contraceptives”. IPPF Medical Bulletin 1996; 30 (3)

“First Prescription of Combined Oral Contraception”. FFERHC Guidance (July 2006) Acessível em <http://www.ffprhc.org.uk>

“Drug Interactions with Hormonal Contraception”. FFERHC Guidance (April 2005) Acessível em <http://www.ffprhc.org.uk>

CPMP Position Statement on combined oral contraceptives and the risk of venous thromboembolis.Doc. Ref:EMA/CPMP/2250/01/en/Final

Committee for Proprietary Medicinal Products (CPMP). Opinion following an article 7(5) referral. Doc. Ref: EMA/CPMP/1390/04

Speroff L, Darney P. In: A Clinical Guide for Contraception, 4ed. Lippincott Williams & Wilkins, 2005

Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists: Use of Hormonal Contraception in women with coexisting medical conditions. ACOG Practice Bulletin 2006; 107(6)