

PROTOCOLO CLÍNICO DE SAÚDE DA MULHER

Planejamento Familiar

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



LONDRINA - 2006
1ª EDIÇÃO

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA

Prefeito

Nedson Luiz Micheleti

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Secretário

Sílvio Fernandes da Silva 2001–Junho/2006

Josemari S. de Arruda Campos Julho/2006

DIRETORIA DE AÇÕES EM SAÚDE

Diretor

Brígida Gimenez de Carvalho 2001–2005

Marcelo Viana de Castro Jan/2005–Junho/2006

Sonia Regina Nery Julho/2006

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Coordenador

Marilda Kohatsu

Londrina, 2006.

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE LONDRINA
Superintendência Municipal: Josemari S. de Arruda
Diretoria de Ações em Saúde: Sonia Regina Nery

Endereço:

Rua Jorge Casoni, 2350.
CEP: 86010-250
Telefone (43)3376-1800
FAX (43)3376-1804
E-mail: das@asms.londrina.pr.gov.br
Site: www.londrina.pr.gov.br/saude
1ª Edição. 2006

CAPA/CONTRACAPA: Marcelo Ribeiro Máximo - Artes Gráficas/Informática/AMS/PML
PROJETO GRÁFICO: Visualitá Programação Visual

CATALOGAÇÃO: Sueli Alves da Silva CRB 9/1040

L838p LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde.
Planejamento Familiar: protocolo/. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de
Saúde- 1. ed.- Londrina, PR: [s.n], 2006.
95 p. : il. color.-

Vários colaboradores.
Bibliografia.

1. Planejamento familiar – Protocolo. 2. Saúde Coletiva – Londrina. I. Título.

CDU: 618:613.888(816.22)

EQUIPE RESPONSÁVEL

ORGANIZADORES

Léia Pereira	Enfermeira	<i>US Jardim do Sol</i>
Susana Yumiko Okuyama Romão	Enfermeira	<i>US Ruy Virmond Carnascialli</i>

AUTORES

Léia Pereira	Enfermeira	<i>US Jardim do Sol</i>
Susana Yumiko Okuyama Romão	Enfermeira	<i>US Ruy Virmond Carnascialli</i>

COLABORADORES

Márcia Carolina de Mello	Enfermeira	<i>US Warta</i>
Sueli Inocente	Enfermeira	<i>US Clair Pavan</i>
Luis Carlos Baldo	Médico	<i>US Eldorado e Fraternidade</i>
Ângela Maria Gruener	Enfermeira	<i>US Marabá</i>

CONSULTORA

Maria Emi Shimazaki

APRESENTAÇÃO

O estabelecimento da missão da Autarquia Municipal de Saúde pressupõe a promoção da saúde e qualidade de vida da população, por meio de ações integrais e intersetoriais, confere centralidade à política de qualidade como um dos maiores desafios a serem alcançados. Acredita-se que o alcance desse objetivo envolva a ampliação da satisfação dos usuários com os serviços. Entretanto, na área pública, o conceito de qualidade deve ser ampliado à aplicação dos recursos públicos de forma eficiente, eficaz e efetiva. É neste contexto que se insere a utilização adequada da tecnologia disponível, visando ao aprimoramento da qualidade técnico-científica, sendo a proposição de protocolos uma das ferramentas fundamentais neste processo. Os protocolos, sob a forma de uma documentação sistematizada, normatizam o padrão de atendimento à saúde. Na rede municipal de saúde de Londrina, sentiu-se a necessidade de um instrumento que orientasse a atuação, estabelecendo fluxos integrados na rede de assistência e medidas de suporte, definindo competência e responsabilidade dos serviços, das equipes e dos diversos profissionais que compõem as Equipes de saúde da família. Para a elaboração desses protocolos, foram identificadas as principais demandas para atenção primária à saúde e instituídos grupos-tarefa para a elaboração dos mesmos. As áreas priorizadas foram:

Livro 1 – Saúde da Criança

Livro 2 – Saúde da Mulher - Protocolo de atenção integral à gestante de baixo risco e puérpera;
- Protocolo de detecção e controle do câncer de colo de útero e de mama;
- Protocolo de Planejamento familiar.

Livro 3 – Saúde do Adulto - Protocolo de Hipertensão Arterial;
- Protocolo de Diabetes Mellitus;
- Protocolo de Dislipidemias

Livro 4 – Fitoterapia

Livro 5 – Cuidados de Enfermagem

Livro 6 – Asma

Livro 7 - Imunização

Sendo assim, espera-se que na continuidade do empenho do grupo tarefa na produção deste material, ocorra a incorporação pelos atores no cotidiano da gestão clínica do cuidado, a se traduzir na melhoria das condições de saúde e de vida das populações sob nossa responsabilidade.



VALIDAÇÃO DOS PROTOCOLOS

Para a implantação dos protocolos foram seguidas as seguintes etapas: - validação externa realizada por experts de cada área, Sociedades e Associações de classe e Instituições de Ensino e validação interna – por meio de seleção de algumas unidades – com reorganização dos processos de trabalho, capacitação dos profissionais e monitoramento das ações para avaliar necessidades de adequações. Para a validação externa, foram encaminhadas cópias dos protocolos para apreciação e formulação de sugestões, às seguintes entidades e seus representantes:

- Ângela Morandi –Enfermeira - Secretaria de Saúde de Cambé
- Antonio Paulo da Silva – Conselho Regional de Enfermagem
- Olinda Satiko Nakayama – Conselho Regional de Enfermagem
- Mara Regina Magnani Mares – Enfermeira – Cismepar
- Juliana Aparecida Segre – Enfermeira - UNOPAR
- Kátia Mara Kreling Vezozzo – Enfermeira – UNIFIL
- Luiz Carlos Baldo – médico – Cismepar
- Conselho Regional de Medicina
- Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná

AGRADECIMENTOS

Este protocolo é resultado de um trabalho desenvolvido ao longo dos últimos dois anos no município de Londrina. Vários profissionais participaram em diferentes momentos deste processo, colaborando com sua experiência e conhecimento. Agradecemos a todos os profissionais que colaboraram, em especial à Enfermeira Brígida Gimenez Carvalho pelo seu empenho e determinação enquanto Diretora da DAS, na realização deste material técnico-científico

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
OBJETIVOS	14
1. AS DIRETRIZES	
1.1 A população Alvo	15
1.2 Saúde Reprodutiva - Conceito	15
1.3 A População de Risco	16
2. A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO	
2.1 As Atividades	17
2.1.1 As Atividades Educativas	17
2.1.2 As Atividades Clínicas	18
2.2 O Acolhimento	18
2.3 As Atribuições da Equipe de Saúde	19
2.3.1 Ao Agente Comunitário de Saúde Compete	19
2.3.2 Ao Auxiliar Administrativo Compete	19
2.3.3 Ao Auxiliar de Enfermagem Compete	19
2.3.4 Ao Enfermeiro Compete	20
2.3.5 Ao Médico Compete	20
3. A FERTILIDADE	
3.1 O Aparelho Reprodutor Masculino e Feminino	21
3.1.1 Aparelho Reprodutor Masculino	21
3.1.2 Aparelho Reprodutor Feminino	23
4. A ASSISTÊNCIA À PRÉ-CONCEPÇÃO	
4.1. O atendimento à mulher / casal	28
4.2. Os fatores de risco reprodutivos	29
4.3. A atividade educativa	29
4.3.1. Informações sobre saúde e reprodução	29
4.3.2. Prevenção da obesidade e desnutrição	30

5. A ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO	
5.1. Métodos naturais de planejamento familiar	32
5.1.1. Método Ogino-Knaus	33
5.1.2. Método de temperatura basal corporal	36
5.1.3. Método de Billings	39
5.1.4. Método sintotérmico	44
5.2. Ejaculação extra-vaginal	44
5.3. Métodos químicos e de barreira	44
5.3.1. Preservativo masculino	44
5.3.2. Preservativo feminino	46
5.3.3. Diafragma	49
5.3.4. Espermaticidas	52
5.4. Anticoncepção hormonal oral	54
5.4.1. Anticoncepcionais orais combinados	55
5.4.2. Anticoncepcionais orais de progestógenos	59
5.5. Anticoncepção hormonal injetável	63
5.5.1. Anticoncepcional injetável combinado (mensal)	63
5.5.2. Anticoncepcional injetável progestogênio isolado (trimestral)	66
5.6. Contraceptivo transdérmico	69
5.7. Anel contraceptivo vaginal	70
5.8. Anticoncepção de emergência	70
5.9. Dispositivo intra uterino (DIU)	73
5.10. Esterilização Cirúrgica	76
5.10.1. Critérios de Elegibilidade no Brasil	76
5.10.2. A Esterilização Cirúrgica Feminina	77
5.10.3. A Esterilização Cirúrgica Masculina ou Vasectomia	78
6. A OPERACIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO	80
7. OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO	81
8. OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA	83
9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	86
10. ANEXOS	87

INTRODUÇÃO

A assistência ao planejamento familiar está pautada no princípio da paternidade responsável e visa oferecer à comunidade atendida, o acesso a orientações e meios para bem planejar a família, proporcionando a atenção necessária tanto perante a opção pela gestação como pelo seu espaçamento.

O Programa de Planejamento Familiar está em vigor no município de Londrina desde outubro de 1994, e hoje é ofertado em todas as suas 53 Unidades de Saúde, bem como nos serviços de referência da atenção secundária e da terciária.

A assistência à concepção inclui as orientações no campo da sexualidade e do correto reconhecimento do período fértil, bem como das alternativas de atendimentos existentes tanto na pré-concepção quanto na atenção ao pré-natal e seguintes (puerperal, ao recém-nascido, entre outros).

A assistência à anticoncepção inclui, além das orientações já mencionadas para a concepção, informações quanto aos métodos anticoncepcionais, devendo constar suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo o direito à livre escolha dos mesmos, bem como a assistência necessária ao seu uso.

A atenção em Planejamento Familiar, embora tendo características e orientações próprias, não deve estar desvinculada de uma assistência integral à saúde. Sendo assim, deve-se prestar uma atenção voltada também para questões como a prevenção de câncer ginecológico, de doenças sexualmente transmissíveis ou outros agravos que possam interferir na saúde e qualidade de vida dos usuários atendidos.

Para os Comitês de Mortalidade Materna e Infantil, o Planejamento familiar tem papel fundamental na prevenção da morbi-mortalidade materna e infantil (na medida em que previne a gravidez indesejada).

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Prestar assistência em Planejamento Familiar a mulheres/casais em idade fértil do Município de Londrina garantindo-lhes um direito básico de cidadania previsto em constituição Brasileira pautada no Artigo 226, Parágrafo 7, no princípio da paternidade responsável e no direito de livre escolha dos indivíduos e/ou casais.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Democratizar e ampliar acesso às informações sobre meios de anticoncepção ou de concepção aos usuários do SUS.
- Diminuir a ocorrência de casos de gravidez indesejada e conseqüente abortos provocados, exercendo grande impacto na morbimortalidade materno infantil.
- Humanizar atendimento e a qualificação da atenção em Planejamento Familiar.

1. As DIRETRIZES

1.1 A POPULAÇÃO ALVO:

Mulheres/casais em idade fértil do município de Londrina, que compareçam a uma Unidade de Saúde solicitando assistência ao Planejamento Familiar ou que sejam encaminhados para esta finalidade.

Lembramos que os profissionais de saúde devem conhecer os direitos sexuais e reprodutivos de homens, mulheres e casais que são:

- Direito de desfrutar das relações sexuais, sem temor de gravidez e/ou contrair uma doença transmitida pela relação sexual;
- Direito de decidir quantos filhos quer ter e quando tê-los;
- Direito de ter gestação e parto nas melhores condições;
- Direito de conhecer, gostar e cuidar do corpo e dos corpos dos órgãos sexuais;
- Direito de ter uma relação sexual sem violência ou maltrato;
- Direito de ter informação e acesso aos métodos anticoncepcionais.

1.2 SAÚDE REPRODUTIVA - CONCEITO

1. Os direitos reprodutivos entraram na arena internacional através da Primeira Conferência Mundial sobre Direitos Humanos celebrada em Teerã, onde foi reconhecido o direito a determinar livremente o número de filhos e os intervalos entre os seus nascimentos. Desde então várias outras Conferências sobre os direitos das mulheres foram realizadas. Em matéria de saúde sexual e reprodutiva, a Conferência Mundial sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994 foi particularmente importante.

O documento final desta Conferência, conhecido como Programa de Ação do Cairo estabeleceu que a saúde reprodutiva é um estado geral de bem estar físico, mental e social e não a mera ausência de

enfermidades ou doenças , em todos os aspectos relacionados com o sistema reprodutivo bem como suas funções e processos. Além disso, estabeleceu que a saúde reprodutiva inclui a capacidade de desfrutar de uma vida sexual satisfatória e sem riscos, assim como de procriar, e a liberdade para decidir fazê-lo ou não, quando e com que frequência. O homem e a mulher têm direito de obter informação e acesso a métodos seguros, eficazes, acessíveis e aceitáveis de sua escolha para a regulação da fecundidade, assim como o direito de receber serviços adequados de atenção a saúde que permitam gravidez e partos sem riscos.

2. *“Saúde reprodutiva é um estado de completo bem estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não simples ausência de doenças ou enfermidades”.*

1.3 A POPULAÇÃO DE RISCO:

Deverão ser priorizadas mulheres/casais com risco reprodutivo severo, conforme critérios a seguir:

- Idade com mais de 35 anos ou menores de 16 anos de idade;
- **Baixa escolaridade materna:** que não tenha completado a 4ª série do ensino fundamental;
- **Antecedentes obstétricos desfavoráveis:** abortos, mortes fetais e neonatais, baixo peso ao nascer (2.500g, pré-eclâmpsia, malformações congênitas);
- **Doenças crônicas:** Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doença Renal, Cardiopatia, Infecção por HIV/AIDS, Doenças Neurológicas entre outras;
- Tabagismo, alcoolismo, dependência química;
- Obesidade ou desnutrição.

2. A Organização DA ATENÇÃO

2.1 AS ATIVIDADES

Devemos considerar dois tipos de atividades:

- Atividades educativas;
- Atividades clínicas.

Essas atividades devem ser desenvolvidas de maneira integrada por toda a equipe de saúde, de forma a permitir a participação dos diversos elementos em ambas atividades, de acordo com o nível de responsabilidade requerido em cada situação.

Deve-se lembrar que todo atendimento constitui-se numa oportunidade para prática das ações educativas, permitindo a troca de informações, conhecimentos já existentes e contribuindo para a apropriação do conhecimento necessário.

Assim, tanto a atividade clínica possibilita a ação educativa, quanto a educativa auxilia a clínica.

2.1.1 AS ATIVIDADES EDUCATIVAS:

Todo paciente que queira fazer parte do Programa de Planejamento Familiar deverá participar de uma ação educativa promovida pela Unidade de Saúde, preferencialmente antes da consulta médica, tanto para concepção quanto para anticoncepção. Esta ação pode ser individual ou em grupo, devendo se conduzida por profissional capacitado, podendo ser da equipe de enfermagem ou médico.

Este momento tem por objetivo proporcionar orientações gerais quanto à saúde sexual e reprodutiva, abrangendo temas como sexualidade e harmonia conjugal, anatomia e fisiologia, período fértil, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do câncer de colo uterino, mamas e próstata.

No início da atividade educativa esclarecer à comunidade o objetivo do Programa de Planejamento Familiar - que é proporcionar informações e meios possíveis para planejar uma família, acompanhando os usuários em sua saúde sexual e reprodutiva e auxiliando a mulher/casal para concepção ou anticoncepção.

Durante a palestra poderão ser utilizados recursos audiovisuais como vídeo, álbum seriado ou slides, para maior compreensão do assunto apresentado.

Ao final da ação educativa inscrever o paciente no programa, verificar se já foi agendada a consulta médica e a coleta de citologia oncológica, agendando-as, se necessário.

Verificar ainda o estado vacinal do paciente e encaminhar imediatamente para a realização das vacinas em atraso.

Se houver necessidade, realizar atendimento individual para esclarecer dúvidas ou fornecer maiores detalhes que não foram possíveis serem solucionados durante a atividade em grupo.

2.1.2 AS ATIVIDADES CLÍNICAS:

PRIMEIRA CONSULTA:

Deve ser sempre feita pelo médico, após as atividades educativas, qualquer que seja o método utilizado. Visa analisar a adequação da opção feita pela mulher/casal em relação às indicações clínicas e limitações de cada paciente, ponderando os riscos e benefícios.

A primeira consulta deve, necessariamente, incluir: Anamnese ; Exame físico geral; Exame de mamas, com educação para o auto-exame; Exame ginecológico; Análise da escolha e prescrição do método anticoncepcional;

2.2 O ACOLHIMENTO

Por acolhimento entende-se uma atitude positiva do servidor em colocar-se no lugar do usuário que procura o nosso serviço, responsabilizando-se pela satisfação de suas necessidades.

Toda a equipe participa do acolhimento dos pacientes na Unidade de Saúde. A recepção ou primeiro atendimento do paciente é de fundamental importância para o desenvolvimento das ações de saúde.

O profissional (ACS, auxiliar administrativo ou equipe de enfermagem), que na maioria das vezes é quem dá o primeiro atendimento, deverá acolher o paciente com educação e respeito, disponibilizando as informações corretas a respeito do funcionamento do programa e prestando o atendimento necessário, cada um dentro do seu nível de atuação profissional.

2.3 AS ATRIBUIÇÕES DA EQUIPE DE SAÚDE

2.3.1 AO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE COMPETE:

- Realizar as visitas domiciliares, identificando mulheres/casais em idade fértil, e informar quanto ao serviço de planejamento familiar e métodos disponíveis na Unidade de Saúde;
- Identificar fatores de risco reprodutivo e informar os outros membros da equipe;
- Encaminhar a mulher/casal para atendimento na unidade de saúde caso necessário;
- Realizar as visitas domiciliares periódicas para acompanhamento no programa;
- Convidar a população para ações educativas.

2.3.2 AO AUXILIAR ADMINISTRATIVO COMPETE:

- Recepcionar o paciente na Unidade de Saúde e fazer o cadastro caso necessário;
- Orientar e encaminhar para atendimento com os profissionais responsáveis;
- Realizar o cadastramento da saída dos medicamentos e insumos do programa, conforme a rotina da Unidade e Saúde.

2.3.3 AO AUXILIAR DE ENFERMAGEM COMPETE:

- Realizar o atendimento de enfermagem verificando os sinais vitais, ouvindo as intenções ou queixas do paciente e anotando em prontuário, fazendo orientações preliminares, agendando coleta de exame de citologia oncótica, e agendando participação em atividade educativa em planejamento familiar;
- Realizar atividade educativa em planejamento familiar;
- Indicar e orientar uso do condom (tanto masculino como feminino), quando esta for opção do usuário/casal;
- Instruir e acompanhar casais quanto à utilização dos métodos naturais de planejamento familiar, se esta for a opção do casal;
- Realizar o atendimento de enfermagem em comparecimentos subseqüentes, verificando sinais vitais e possíveis queixas, agendando consulta médica ou coleta de citologia oncótica conforme protocolo e realizando orientações complementares conforme o caso;
- Agendar retorno no prazo estabelecido, que na maioria das vezes, inicialmente será em um mês, tanto para acompanhamento à pré-concepção, como para acompanhamento de uso de método contraceptivo;
- Fornecer as medicações prescritas pelo médico ou insumos referentes ao programa da Unidade de

Saúde;

- Realizar o cadastramento da saída dos medicamentos e insumos conforme a rotina da Unidade de Saúde;
- Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário.

2.3.4 AO ENFERMEIRO COMPETE:

- Realizar a consulta do enfermeiro (a) em planejamento familiar, tanto inicial quanto subseqüentes, à mulher/casal inscritos no programa da Unidade de Saúde;
- Realizar ação educativa em planejamento familiar;
- Colher citologia oncótica conforme protocolo;
- Agendar retorno no prazo estabelecido, que na maioria das vezes, inicialmente será em um mês, tanto para acompanhamento à pré-concepção, como para acompanhamento de uso de método contraceptivo;
- Fornecer as medicações prescritas pelo médico ou insumos indicados no programa da Unidade de Saúde;
- Realizar o cadastramento da saída dos medicamentos e insumos conforme a rotina da Unidade de Saúde;
- Anotar todas as orientações e condutas adotadas em prontuário;
- Lembramos que a opção pelo uso do condom (tanto masculino como feminino), bem como a utilização dos métodos naturais de planejamento familiar poderá ser acompanhada por enfermeiro (a) ou auxiliar de enfermagem capacitado, não necessitando para isto de prescrição médica.

2.3.5 AO MÉDICO COMPETE:

- Realizar a consulta médica em planejamento familiar, incluindo a anamnese, o exame físico geral - identificando fatores de risco, o exame de mamas com orientação para auto-exame, o exame ginecológico, a análise do resultado da citologia oncótica bem como sua coleta se necessário, a indicação e conduta frente à solicitação de anticoncepção ou à queixa de infertilidade, as orientações sobre planejamento familiar, o registro do atendimento em prontuário.
- Realizar atividade educativa em planejamento familiar.
- Definir junto ao paciente/casal o método a ser utilizado, e anexar em prontuário o termo de consentimento informado devidamente assinado pelo(s) usuário(s). (Anexos 4, 5 e 6). A indicação de métodos naturais ou preservativos poderá ser feita por profissional médico e/ou pelo profissional de enfermagem devidamente capacitado.

3. A FERTILIDADE

3.1 O APARELHO REPRODUTOR MASCULINO E FEMININO

Neste capítulo abordaremos noções sobre o aparelho reprodutor humano relacionadas com o planejamento familiar e a fertilidade.

3.1.1 APARELHO REPRODUTOR MASCULINO:

Relacionamos a seguir as estruturas do aparelho reprodutor masculino e suas funções.

3.1.1.1 BOLSA ESCROTAL

É uma bolsa constituída de pele, que abriga em seu interior os testículos e seus anexos;

3.1.1.2 TESTÍCULOS

São em número de dois, e ficam localizados na bolsa escrotal. Têm a função de produzir os espermatozoides, bem como os hormônios responsáveis pelas características sexuais do homem. Para que isso ocorra, é necessária a ação de um hormônio cerebral, o FSH, que estimula os testículos.

3.1.1.3 ESPERMATOZÓIDES

São as células reprodutivas do homem produzidas pelos testículos.

A cada ejaculação são eliminados em média 400 milhões de espermatozoides, que sobrevivem no máximo de 48 a 72 horas, à temperatura corporal.

3.1.1.4 EPIDÍDIMO

São pequenas estruturas localizadas acima de cada um dos testículos e tem a função abrigar os espermatozoides produzidos pelos testículos, para que passem pela fase de maturação, através da

qual adquirem capacidade de movimentar-se e de fertilizar o óvulo. Esse processo tem a duração de 18 horas a 10 dias.

3.1.1.5 CANAL DEFERENTE

Em número de dois, são um canal onde os espermatozoides são armazenados após a maturação no epidídimo, e pelo qual serão conduzidos para a uretra no momento da ejaculação.

3.1.1.6 PRÓSTATA

Glândula que secreta um líquido fino, leitoso e alcalino, que fará parte da composição do sêmen, que tem a função de neutralizar o pH do meio, possibilitando um aumento da motilidade e da fertilidade do espermatozoide.

3.1.1.7 VESÍCULA SEMINAL

Em número de dois, são uma glândula que produz e secreta o líquido seminal, localizada uma em cada lado da próstata.

3.1.1.8. LÍQUIDO SEMINAL

É o líquido produzido pelas vesículas seminais, composto de muitas substâncias que os espermatozoides precisam para poder nutrir-se e locomover-se.

3.1.1.9 SÊMEN

É o líquido expelido no momento da ejaculação, durante a relação sexual. É composto por: espermatozoides (em média 400 milhões), líquido seminal (em torno de 60% do volume), líquido prostático, vitaminas, proteínas simples, entre outras substâncias que mantêm vivo os espermatozoides antes da fecundação.

3.1.1.10 GLÂNDULA BULBO URETRAL

São em número de dois, localizadas próximo à origem da uretra e tem a função de eliminar uma secreção mucosa, lubrificante e que neutraliza a acidez uretral, facilitando a ejaculação, preservando a vida dos espermatozoides.

3.1.1.11 PÊNIS

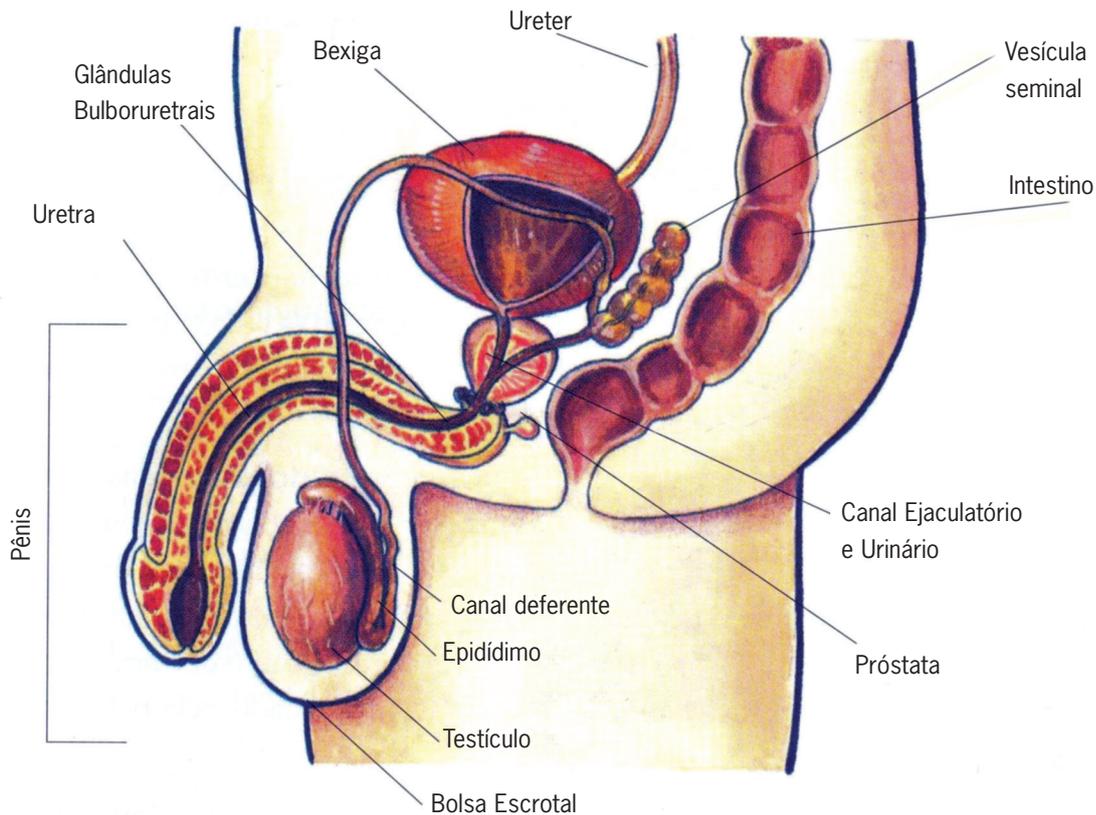
É o órgão que compõe o aparelho urinário e o aparelho reprodutor masculino. Serve como trajeto para a eliminação da urina através da uretra e, também, por ocasião da relação sexual, depositar o sêmen no interior da vagina.

- *Ereção*: É um ato natural fisiológico onde o pênis, que é amolecido, se torna rígido e firme após suas veias e artérias internas guardarem uma grande quantidade de sangue nos corpos cavernosos

que o pênis possui. Isto acontece para que o pênis possa ter força para entrar na vagina e lá depositar os espermatozoides.

- *Glande*: É a região do pênis onde é localizada a saída da uretra, esta região é mais larga que o restante do pênis.
- *Prepúcio*: Pele que recobre a glande.

APARELHO REPRODUTOR MASCULINO



3.1.2 APARELHO REPRODUTOR FEMININO:

Relacionamos a seguir a estrutura do órgão reprodutor feminino e suas funções.

3.1.2.1 OVÁRIOS

Duas glândulas do tamanho de uma noz, localizadas uma de cada lado da parte inferior do abdome. A partir da puberdade os ovários começam a produzir hormônios para iniciar o amadurecimento dos óvulos, que são as células reprodutivas da mulher. Os hormônios produzidos pelos ovários também são responsáveis pelas características sexuais femininas.

3.1.2.2 ÓVULOS

São as células reprodutoras femininas, expelida a cada ciclo menstrual por cada um dos ovários.

3.1.2.3 TROMPAS

Local onde ocorre a fecundação, na sua porção distal.

São formadas por dois tubos ocos e tem como função conduzir o óvulo fecundado até o interior do útero.

- *Fecundação*: É o encontro do espermatozóide com o óvulo, em geral na porção distal da trompa, gerando uma nova vida.

3.1.2.4 ÚTERO

Órgão oco, elástico, com o formato de uma pêra, onde se desenvolve o feto durante a gravidez. Periodicamente, o tecido que reveste internamente o útero (endométrio) aumenta em espessura em virtude da atuação dos hormônios sobre os vasos sanguíneos.

Se a gravidez não acontece, o endométrio fica sem ação dos hormônios, os vasos sanguíneos se rompem e o sangue é expelido através do canal cervical, ocorrendo então o que se chama menstruação.

3.1.2.5 VAGINA:

Canal oco de parede elástica. Localizado entre a uretra e o reto, ligando o útero ao exterior do corpo. Seu comprimento pode variar de dez a treze centímetros, sendo estreita na entrada, alargando-se ligeiramente na parte mais profunda, onde é praticamente insensível.

3.1.2.6 ORIFÍCIO VAGINAL

É a abertura da porção distal da vagina, localizada na vulva, entre o orifício uretral e o ânus.

3.1.2.7 BEXIGA

Local onde é armazenada a urina para posteriormente ser eliminada pelo canal da uretra.

3.1.2.8 URETRA

É o canal por onde é conduzida a urina da bexiga para o meio externo.

3.1.2.9 ORIFÍCIO URETRAL

É a abertura na porção distal da uretra, por onde é eliminada a urina.

3.1.2.10 VULVA

É a parte externa do aparelho reprodutor feminino. Localiza-se na região situada entre o púbis e o ânus. É composta pelos grandes lábios, cobertos de pelos desde a parte superior (púbis) até o períneo posterior. Os grandes lábios cobrem os pequenos lábios que protegem a vagina e o clitóris. A vulva é de uma sensibilidade muito grande, sendo aí notada a sensação de umidade e lubrificação, no período fértil.

3.1.2.11 CLITÓRIS

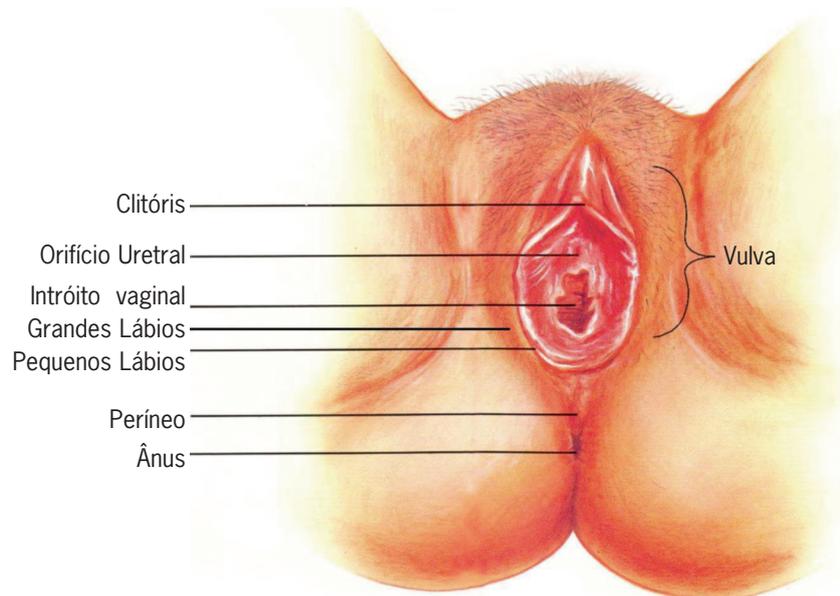
É uma estrutura pequena, sensível, uma das responsáveis pelo prazer sexual.

3.1.2.12 HÍMEN

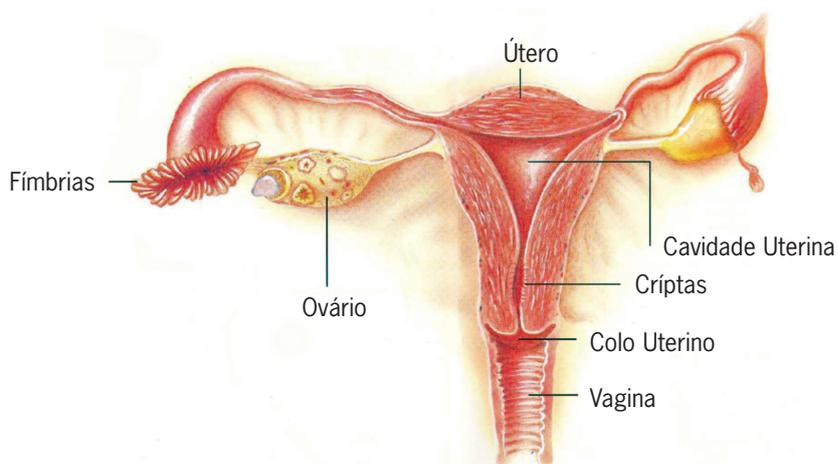
É um anel de pele elástica que se encontra na entrada da vagina. Esta pele tem dobras flexíveis e uma abertura pela qual sai o fluxo menstrual. O hímen geralmente se rompe durante a primeira relação sexual, porém não são todas as mulheres que apresentam sangramento quando ele se rompe.

O APARELHO REPRODUTOR FEMININO

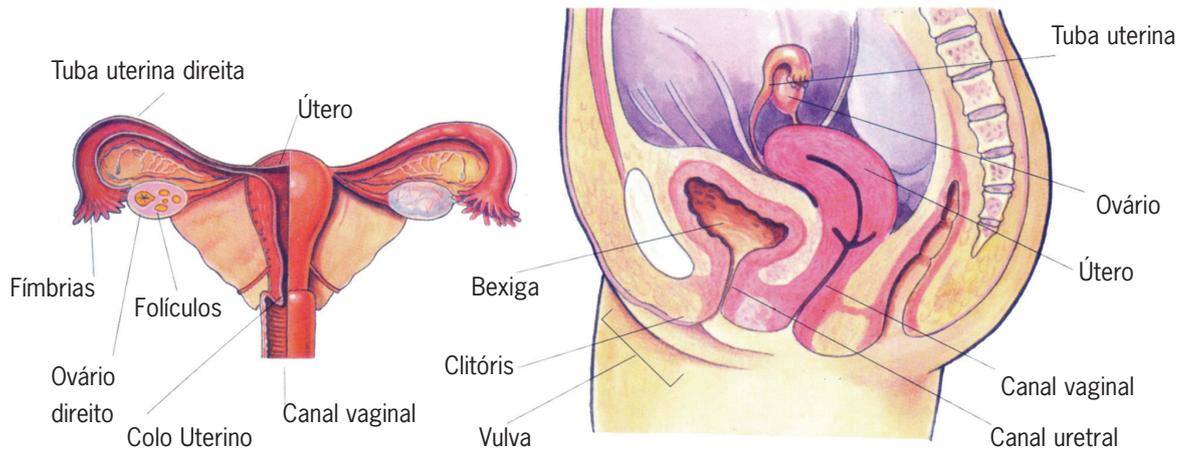
VISÃO EXTERNA



VISÃO INTERNA



APARELHO GENITAL FEMININO



3.1.3 Ciclo Menstrual

É o intervalo entre o primeiro dia de uma menstruação até o dia anterior da próxima.

A principal característica dos anos reprodutivos da mulher é o ciclo menstrual. Esse processo, no qual um ovo (oócito) amadurece e é liberado a cada mês pronto para fertilização, é controlado por um sistema elaborado, envolvendo os hormônios gonadotróficos.

Um ciclo menstrual mensal das mulheres ocorre em três fases:

- *Fase folicular*: Dias 1 a 13;
- *Fase ovulatória*: Em torno do dia 14;
- *Fase lútea*: Dias 15 a 28.

O ciclo é controlado pelos seguintes hormônios:

- Hormônio folículo-estimulante (Follicle stimulating hormone, FSH);
- Hormônio luteinizante (Luteinizing hormone, LH);
- Estrógeno;
- Progesterona.

O dia um do ciclo menstrual é marcado pelo primeiro dia de sangramento menstrual. A primeira fase do ciclo é chamada fase folicular e tem a duração de aproximadamente 14 dias. A segunda fase, após a ovulação ter ocorrido, é chamada fase lútea.

O número de ovos que uma mulher pode produzir no seu tempo de vida é determinado antes do nascimento. Durante sua vida embrionária, milhões de células germinativas especiais são produzidas nos ovários. Muitas delas degeneram e o resto está pronto para desenvolver-se, tornando-se ovos maduros com o passar do tempo.

Três meses antes da ovulação, até 300 ovos foram recrutados para crescimento e desenvolvimento. Cada um dos ovos fica em um saco cheio de fluido ou 'folículo', que o cerca e nutre-o durante o desenvolvimento. Cerca de duas semanas antes da ovulação, a secreção de FSH aumenta, estimulando o crescimento e o desenvolvimento dos folículos. Os folículos em crescimento secretam quantidades crescentes do hormônio estrógeno, que faz o tecido que recobre o útero (ou endométrio) espessar-se e promove alterações no muco cervical, que possibilitam uma penetração ótima dos espermatozoides.

Sob a influência do FSH, um folículo 'dominante' cresce e amadurece mais rápido do que os outros, que então degeneram. Cerca de 32 h antes da ovulação, a secreção de estrógeno atinge o seu pico, desencadeando um pico de produção de LH. Isso desencadeia a liberação do ovo maduro a partir do folículo dominante. Os remanescentes do folículo são subseqüentemente transformados em corpo lúteo, que secreta progesterona para preparar o endométrio para implantação. Devido à progesterona, a temperatura corporal eleva-se.

Se o ovo não é fertilizado por um espermatozoide dentro de 72 h de sua liberação do folículo, o corpo lúteo irá, no final do processo, degenerar e a menstruação ocorrerá. No entanto, se a fertilização acontece e o embrião resultante continua o seu desenvolvimento, o hCG é produzido. Isso faz com que o corpo lúteo secrete os dois hormônios, estrógeno e progesterona, para assegurar condições favoráveis para a implantação do ovo fertilizado. De fato, a presença de hCG no soro ou na urina é o primeiro indicador de gravidez inicial.

4. A ASSISTÊNCIA À PRÉ-CONCEPÇÃO

A assistência a pré-concepção tem como objetivo orientar e assistir as mulheres/casais em idade fértil que desejam engravidar com o intuito de proporcionar uma orientação adequada em fertilidade, bem como quanto à evolução saudável de uma futura gestação. Ao assistir os casais a equipe de saúde deverá prevenir, detectar e tratar fatores que possam interferir na fertilidade e na concepção.

O fluxograma para atendimento à concepção está no anexo 2.

4.1 O ATENDIMENTO À MULHER/CASAL

- Realizar orientações gerais quanto a saúde sexual e reprodutiva, abrangendo temas como sexualidade e harmonia conjugal, anatomia e fisiologia, período fértil, métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e prevenção do câncer de colo uterino, mamas e próstata;
- Orientar quanto ao Método da Ovulação Billings, como uma forma de conhecer o período fértil, bem como alternativa de método contraceptivo após o parto;
- Orientar a observar os ciclos menstruais, anotando o primeiro dia das menstruações subsequentes. Esta atitude contribuirá para que as mulheres conheçam a data da última menstruação auxiliando posteriormente no cálculo da idade gestacional;
- Realizar avaliação de enfermagem ou consulta do enfermeiro, com aferição dos dados vitais e do peso pré-gravídico. Aquelas que apresentarem desnutrição, sobrepeso ou obesidade e/ou alterações dos dados vitais deverão ser encaminhadas à consulta médica;
- Realizar exame preventivo de câncer de colo uterino, conforme o protocolo;
- Verificar situação vacinal (rubéola e tétano) e realizar se necessário;
- Investigar quanto à presença de patologias crônicas que necessitem de uso prolongado ou mesmo esporádico de medicação que possa comprometer a fertilidade, a concepção ou o desenvolvimento fetal.

4.2 OS FATORES DE RISCO REPRODUTIVO

- Idade materna e/ou paterna avançada;
- Filhos afetados em gestações anteriores;
- Antecedentes de familiares com doenças genéticas.

A mulher caracterizada como de risco reprodutivo deverá ter seu desejo de engravidar respeitado pelos profissionais de saúde, porém é responsabilidade do serviço orientar a mulher/casal sobre riscos presentes na gravidez, tanto para mãe como para o bebê.

A mulher - com risco reprodutivo - deve ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico periódico, para prevenir e tratar possíveis complicações.

Na presença de doenças crônicas é fundamental o acompanhamento para maior controle das mesmas.

4.3 A ATIVIDADE EDUCATIVA

As mulheres/casais deverão receber informações educativas, que orientem sobre a maternidade/paternidade segura.

Para tanto, as equipes de saúde devem abordar os seguintes temas:

4.3.1 INFORMAÇÕES SOBRE SAÚDE E REPRODUÇÃO:

- A importância do ambiente familiar harmônico para a chegada de um novo membro;
- A importância do planejamento familiar no espaçamento mais adequado entre as gestações, no número de filhos que se pretende ter;
- Informações sobre anatomia e fisiologia do aparelho reprodutor, incluindo reconhecimento do período fértil;
- A importância de uma vida saudável, incluindo a prática de atividades físicas regularmente, lazer, etc;
- A importância de evitar o consumo excessivo de cafeína, pois provoca aumento da resistência vascular corporal, uterina e ovariana, contribuindo para uma menor taxa de implantação e um maior número de abortamentos espontâneos;
- Informações sobre: o tabagismo, o alcoolismo e a drogadição e as conseqüências para o casal e o bebê - diminuição da fertilidade, maior incidência de abortos, crescimento intra-uterino retardado e bebês de baixo peso, malformação congênita, parto prematuro e morte perinatal;
- Informações sobre DST/Aids, hepatites e suas formas de prevenção.

- Informações sobre a prevenção de toxoplasmose: evitar contato com gatos; evitar manuseio de materiais contaminados com fezes de gato (terra ou outros) ou fazê-lo com uso de luvas, a seguir lavando as mãos com água e sabão; evitar consumo de carne crua ou mal cozida; lavar as mãos antes de manipular alimentos, e também depois de manipular carne crua; lavar bem frutas e verduras; manter alimentos protegidos de insetos (moscas e baratas); evitar consumo de leite não pasteurizado;
- Informações sobre prevenção de citomegalovírus, lavando bem as mãos sempre que houver contato com urina (especialmente mulheres que trabalham com crianças que usam fraldas: creches, berçários, ou que têm outro filho pequeno);
- Informações sobre efeitos nocivos de agentes químicos ou outros produtos tóxicos como: chumbo (presente em tintas e vernizes), óxido de etileno, inseticidas em geral, radiação ionizante;
- A importância de uma alimentação balanceada, rica em proteínas, fibras, ferro (que ajuda na prevenção de anemia: fígado, carne, feijão e vegetais verde-escuros, como couve, brócolis, folhas de nabo e almeirão), vitamina C (que favorece a absorção do ferro: laranja, limão, goiaba, acerola, etc), ácido fólico (que ajuda na prevenção de malformações congênitas do tubo neural: folhas verde-escuras, banana, leite, carne de gado, laranja, cereais em geral) e uma ingestão hídrica adequada;

4.3.2 PREVENÇÃO DA OBESIDADE E DESNUTRIÇÃO:

Para as **mulheres de baixo peso**, na ausência de doenças associadas, recomenda-se a ingestão de alimentos que forneçam energia, indicando, por exemplo, a adição de lanches entre as principais refeições (pão, bolacha com margarina, etc) e a adição de uma colher de sopa de óleo de soja, farinha de mandioca, meio pãozinho e uma porção maior de arroz. Recomenda-se ainda a prática de repouso por 20 a 30 minutos no período da manhã e da tarde.

Para as **mulheres com sobrepeso**, preconiza-se a restrição dos alimentos energéticos, orientando o não consumo de açúcares e doces e a redução ou eliminação de massas, pão, bolachas, frituras. Recomenda-se ainda a prática de caminhadas diárias.

5. A ASSISTÊNCIA À ANTICONCEPÇÃO

A assistência à anticoncepção tem o objetivo de prestar atendimento às mulheres/casais em idade fértil que desejam espaçar a gravidez, proporcionando informações claras acerca dos métodos anticoncepcionais, bem como o acesso aos métodos disponíveis pelo programa, após a escolha e indicação do mesmo.

Na indicação do uso dos métodos anticoncepcionais, devem ser consideradas as seguintes características:

- Inocuidade, ou seja, ausência de efeitos secundários adversos;
- Eficácia;
- Aceitabilidade;
- Disponibilidade, ou acesso gratuito;
- Facilidade de uso;
- Reversibilidade, ou recuperação total da fertilidade correspondente a faixa etária da usuária.

Existem também fatores individuais e situacionais relacionados aos usuários que devem ser considerados à indicação do método contraceptivo:

- Estado de saúde;
- Escolha pessoal;
- Característica da personalidade da mulher e/ou do homem;
- Condições econômicas;
- Fase da vida;
- Estilo de vida;
- Padrão de comportamento sexual;
- Aspirações reprodutivas, entre outros.

5.1 MÉTODOS NATURAIS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

Os métodos naturais de planejamento familiar constituem hoje uma importante alternativa para muitos casais que, ou desejam engravidar e necessitam maiores informações de como reconhecer o período fértil da mulher, ou desejam espaçar a gravidez e não querem utilizar métodos artificiais, hormonais ou não, por questões de saúde ou opção de vida.

Dentre os métodos de planejamento familiar natural, o Método da Ovulação Billings é hoje o método mais recomendado devido a sua alta eficácia e confiabilidade, comprovada por inúmeras pesquisas, inclusive pela Organização Mundial da Saúde.

Os métodos naturais de planejamento familiar são definidos pela Organização Mundial de Saúde, como “métodos para planificar ou evitar gestações pela observação dos sinais e sintomas da fase fértil do ciclo menstrual”.

Baseando-se na identificação do período fértil da mulher, o casal pode concentrar as relações sexuais nessa fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de ter relações sexuais, caso deseje espaçar a gravidez.

A determinação do período fértil baseia-se nos seguintes fatores:

- A liberação do óvulo (ovulação), ocorre entre 11 e 16 dias antes do início do ciclo menstrual. O óvulo, após ter sido liberado, tem uma sobrevivência de aproximadamente 24 horas;
- O espermatozóide, após sua inoculação no trato genital feminino, tem capacidade para fecundar um óvulo em até 48 ou 72 horas.

É possível reconhecer o período fértil da mulher através da observação da característica do muco cervical, que modifica seu padrão conforme a fase em que o ciclo menstrual se encontra. Há outros recursos que auxiliam o reconhecimento do período fértil, como a verificação da temperatura basal corporal, ou o teste salivar.

Atualmente, os métodos de planejamento familiar natural mais conhecidos são os seguintes:

- Método de Ogino-Knaus (calendário ou tabelinha);
- Método de temperatura basal corporal);
- Método de Billings (muco cervical ou ovulação); e
- Método sinto-térmico.

A associação de métodos:

A exemplo da prática do Instituto Pró-Família (HUCFF/UFRJ), pode-se orientar ainda associação de três métodos: Método de Ovulação Billings, Método da Temperatura Corporal Basal e o Método do Teste da Fertilidade através da saliva. Porém é indicado que o método Billings seja o método de base considerando sua alta eficácia e reconhecimento pela OMS.

O modo de utilização dos métodos naturais de planejamento familiar, de forma associada ou não, pode ser assimilado por pessoas de todos os níveis culturais, mesmo as de linguagem simples, inclusive as analfabetas.

O mecanismo de ação:

Baseia-se na fisiologia reprodutiva e no conhecimento da anatomia, interpretando-se sinais e sintomas que naturalmente ocorrem durante o crescimento folicular, ovulação e formação do corpo lúteo.

Tem-se como pressuposto que o tempo médio de vida dos espermatozóides no trato genital feminino é de 72 horas (variando entre 02 e 07 dias) e que o período fértil varia entre 3-4 dias antes e 03 dias depois da ovulação.

A eficácia dos métodos:

Depende de uma orientação adequada ao casal, no sentido de identificar corretamente o período fértil, e varia de acordo com o método escolhido.

O mais eficaz deles é o Método da Ovulação Billings, que possui uma eficácia em torno de 98%.

Vantagens:

- Não oneram financeiramente;
- A orientação pode ser feita por pessoal leigo treinado;
- Levam o casal ao aprendizado da anatomia reprodutiva humana e de sua fisiologia, bem como à colaboração mútua no planejamento familiar e harmonia conjugal;
- Não apresentam efeitos adversos.

Desvantagens:

- Não conferem proteção contra DST/Aids.

5.1.1 MÉTODO DE OGINO-KNAUS (calendário ou tabelinha)

Também conhecido como calendário, ritmo ou tabela. Está baseado na anotação da duração dos ciclos menstruais, visando conhecer o dia de início e fim do período fértil ao longo do período menstrual. Para conseguir isto, a mulher ou casal anotarà num calendário o dia do mês em que começar a menstruação, durante 07 e 08 meses. Lembramos que é chamado ciclo menstrual o intervalo que vai do 1º dia de uma menstruação até o dia anterior da próxima.

TÉCNICA DE USO DO MÉTODO – INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS:

Anotar a duração do ciclo menstrual durante 07 a 08 meses (sendo que o 1º dia da menstruação corresponde ao 1º dia do ciclo, que se estende até o dia anterior à menstruação seguinte, que é o último dia do ciclo). Durante este período a usuária não deve fazer uso de métodos contraceptivos hormonais, por estes alterarem o ciclo menstrual. Após este período, calcular o período fértil.

CÁLCULO DO PERÍODO FÉRTIL:

Ex: CICLOS IRREGULARES: 28, 30, 26, 37, 30, 27, 29, 27 dias de duração.

1º passo: Subtrair o ciclo mais curto do mais longo, para verificar a viabilidade do uso do método.
Neste exemplo: $30 - 26 = 04$.

Se a diferença entre os ciclos for superior a 09, não é recomendado o uso do método.

2º passo: Para este passo, são utilizadas as constantes 18 a 11, subtraindo 18 do valor encontrado para o ciclo mais curto e 11 para o ciclo mais longo.

Ex: $26 - 18 = 08$ (referente ao ciclo mais curto).

$30 - 11 = 19$ (referente ao ciclo mais longo).

O resultado obtido - da dedução com o ciclo mais curto - é o dia correspondente ao início do período fértil para esta mulher. Este período vai até o dia correspondente ao valor encontrado com a dedução referente ao ciclo mais longo.

No exemplo proposto:

$26 - 18 = 08$ (isto é, o 8º dia do ciclo é o início do período fértil).

$30 - 11 = 19$ (isto é, o 19º dia do ciclo corresponde ao último dia do período fértil).

1º DIA DO CICLO (1º DIA DA MENSTRUACÃO)							8º DIA DO CICLO (INÍCIO DO PERÍODO FÉRTIL)							
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04
05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

EX: CICLOS REGULARES: 30, 30, 30, 30, 30, 30, 30, 30.

Como os ciclos são regulares faz-se:

$30 - 18 = 12$ (12º dia do ciclo é início do período fértil).

$30 - 11 = 19$ (19º dia do ciclo é o fim do período fértil).

1º DIA DO CICLO (1º DIA DA MENSTRUACÃO)											19º DIA DO CICLO (INÍCIO DO PERÍODO FÉRTIL)			
20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	01	02	03	04
05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

EFICÁCIA CLÍNICA:

20 a 35% falhas por 100 mulheres por ano, ou seja, 65 a 80% de segurança.

CONTRA-INDICAÇÃO:

- Ciclos menstruais irregulares com diferença igual ou superior a dez dias;
- Amenorréia;
- Lactação.

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:

PRIMEIRA CONSULTA DO USO DO MÉTODO:

- Elaborar com a mulher e/ou ensiná-la a fazer, o cálculo de sua tabela, sempre com base nos 07 a 08 ciclos mais recentes que devem estar marcados no calendário;
- Orientar a mulher ou o casal, para abster-se de relações sexuais com contato genital no período fértil, lembrando que a eficácia do método depende da participação de ambos;
- Alertar a usuária para o fato de que cada mulher tem um padrão menstrual próprio e que os cálculos devem ser individualizados, portanto a tabela de uma mulher não serve para outra;
- Recomendar especial atenção a fatores que possam alterar o ciclo menstrual (viagens, estresse, depressão, mudança de ritmo de trabalho, entre outras).

CONSULTAS DE RETORNO:

Podem ser feitas por qualquer elemento da equipe de saúde, com capacitação para orientação do método.

PERIODICIDADE:

- Primeiro retorno depois de um mês;
- Retornos subseqüentes de 06 em 06 meses.

ATIVIDADES:

Avaliar os registros realizados pelo casal no período e esclarecer possíveis dúvidas; Refazer os cálculos, com a usuária a cada 06 meses, sempre com base nos últimos 6 a 12 ciclos; Reforçar as recomendações dadas na primeira consulta.

5.1.2 MÉTODO DE TEMPERATURA BASAL CORPORAL

Este método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorre na mulher ao longo do ciclo menstrual. A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso.

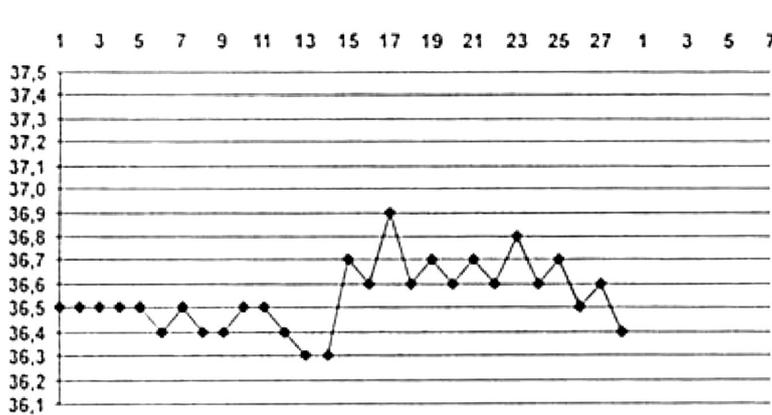
Antes da ovulação, esta temperatura permanece num nível baixo, após a ovulação há um aumento da temperatura entre 0,3 e 0,8°C, devido a ação da progesterona no centro termo regulador do hipotálamo, tendo efeito termogênico.

O método permite, portanto, através da mensuração diária da temperatura basal, a determinação do período fértil, bem como da fase infértil pós-ovulatória.

TÉCNICA DE USO DO MÉTODO – INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS:

- Verificar diariamente a temperatura basal, a partir do 1º dia do ciclo menstrual. Esta verificação deverá ser realizada pela manhã, após repouso de 3 a 5 horas, antes de realizar qualquer atividade, procedendo da seguinte forma:
- Usar sempre o mesmo termômetro para a medida da temperatura (em caso de quebra, o mesmo deverá ser substituído e anotar no controle o dia de sua substituição);
- A temperatura pode ser verificada por via oral mantendo o termômetro por 05 minutos no local, por vias retal ou vaginal onde deverá ser verificado, mantendo no mínimo durante 03 minutos. Uma vez escolhida a via de verificação da temperatura, esta deve ser mantida durante todo o ciclo;
- Registrar a temperatura observada a cada dia do ciclo menstrual em papel quadriculado (0,5 cm = 0,1°C). Ligar os pontos referentes a cada dia, formando uma linha que vai do 1º, ao 2º, do 2º ao 3º, etc. Cada ciclo menstrual terá seu gráfico próprio de temperatura;
- Verificar a ocorrência de um aumento persistente da temperatura por 04 dias, no período esperado após a ovulação;
- Identificar o dia em que ocorreu a ovulação da seguinte forma: quando a temperatura basal corporal subir e se mantiver elevada, nos próximos dias saberemos, então, que a mulher ovulou no último dia em que a temperatura estava baixa;
- Reconhecer que a diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas que se seguem, indica a mudança da fase ovulatória para a fase pós-ovulatória do ciclo menstrual. Esta temperatura se manterá alta até a época próxima da menstruação. O período fértil termina na manhã do 4º dia em que for observada a temperatura elevada.

FIGURA1: DIAS DO CICLO MENSTRUAL



Se o método for utilizado com o objetivo de anticoncepção, proceder da seguinte forma:

Abster-se de relações sexuais com contato genital durante toda a primeira fase do ciclo (pré-ovulatório) e até a manhã do dia em que se verificar a quarta temperatura alta acima da linha base, principalmente durante os primeiros meses de uso do método. Com o decorrer da observação e dos registros, será possível prever a data da ovulação, podendo limitar a abstinência sexual no período de 04 a 05 dias antes da data prevista da ovulação e até a manhã do 4º dia da temperatura alta.

Anotar no registro a ocorrência de alguns fatores que podem alterar a temperatura como:

- Mudança no horário de verificação da temperatura;
- Ingestão de bebida alcoólica;
- Recolher-se tarde da noite para dormir;
- Perturbações do sono, sono interrompido;
- Doenças como resfriados, gripes ou outras infecções;
- Mudança de ambiente;
- Perturbações emocionais, fadiga, estresse;
- Refeição muito próxima o horário de dormir;
- Relações sexuais de madrugada.

EFICÁCIA:

20 a 35% de falhas por 100 mulheres, ou seja, 65% a 80% de segurança para anticoncepção.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Amenorréia;
- Irregularidades menstruais;
- Estresse;

Mulheres cujo período de sono seja interrompido ou irregular, não permitindo o repouso de pelo menos 3 horas antes de verificar a temperatura (ex: trabalho noturno, cuidar de crianças pequenas).

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE:

PRIMEIRA CONSULTA:

- Explicar e discutir com a mulher a técnica do uso do método;
- Solicitar que a mulher elabore o registro da temperatura durante um ciclo, abstendo-se de relações sexuais sem proteção, este registro deverá conter os dias com suas respectivas temperaturas. Após esta elaboração, solicite que traga o registro até a unidade para juntos elaborarmos o gráfico;
- Recomendar especial atenção a fatores que possam influir nos valores da temperatura, solicitando à mulher que anote sua ocorrência no gráfico;
- Atentar para que a mulher não esteja utilizando método hormonal devido alterar a característica natural do ciclo.

PRIMEIRO RETORNO:

- Avaliar a qualidade do registro e a compreensão pela mulher ou casal;
- Havendo boa qualidade do registro e condições de interpretação, orientar o casal para a abstenção de relações sexuais durante toda a fase pré-ovulatória do ciclo e até a manhã do 4º dia depois a elevação da temperatura;
- Fazer o gráfico junto com a cliente explicando-lhe como proceder;
- Reforçar as orientações iniciais.

RETORNOS SUBSEQÜENTES:

Podem ser feitos por qualquer elemento da equipe de saúde, desde que devidamente treinado.

PERIODICIDADE:

- Retornos mensais durante os primeiros meses de uso do método;
- Retorno 12 meses após o início do uso;
- Retornos subseqüentes anuais;
- Atividades específicas:
 - Avaliar e registrar as dificuldades encontradas;
 - Avaliar a qualidade dos registros e a capacidade de sua interpretação pela mulher ou casal;
 - Havendo certa regularidade nos registros e sendo possível predizer a data da ovulação, orientar o casal para abstinência sexual por 04 a 05 dias antes desta data até a manhã do 4º dia depois da elevação da temperatura caso a finalidade seja de contracepção;
 - Reforçar as recomendações iniciais.

5.1.3 MÉTODO DE BILLINGS (muco cervical ou ovulação)

Também chamado de método do muco cervical ou da ovulação, este método baseia-se na ocorrência de modificações cíclicas no muco cervical, através das quais as mulheres podem observar se estão no período fértil ou não.

O muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero, através das criptas cervicais, que por ação hormonal apresenta transformações características ao longo do ciclo menstrual, possibilitando dessa maneira a identificação do processo ovulatório.

Sob ação estrogênica, ele produz na vulva, uma sensação de umidade e lubrificação, indicando o tempo da fertilidade, momento em que os espermatozóides têm maior facilidade de penetração no colo uterino.

MODIFICAÇÕES DO MUCO CERVICAL AO LONGO DO CICLO MENSTRUAL:

FASE PRÉ-OVULATÓRIA:

Ao término da menstruação começa uma fase seca, ou com secreção igual ou contínua na aparência e na sensação, que dura cerca de 02 a 03 dias.

Durante a fase pré-fértil, a cérvix está fechada por um tampão denso de muco, que dificulta a entrada dos espermatozóides, fazendo com que permaneçam no ambiente vaginal, o que dificulta sua sobrevivência ou faz com que percam sua capacidade de fertilizar o óvulo.

Esta fase é anterior à ovulação, ou seja, anterior ao período fértil.

Neste período, a mulher apresenta uma sensação de secura na vulva, não apresentando secreção visível, ou uma sensação seca com pequenas quantidades de muco denso em flocos ou fios.

Fase ovulatória:

A fase ovulatória ou período fértil se inicia a partir do momento em que começa a ser observada a saída de muco pela vagina, produzindo uma sensação de umidade na vulva. Durante este período ocorre a ovulação na mulher.

Inicialmente o muco é esbranquiçado, turvo e pegajoso. Depois vai se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante a clara de ovo cru, podendo chegar a ser puxado em fio.

Este é o período favorável para a penetração dos espermatozóides no canal cervical. Chama-se o dia "Ápice" o último dia com sensação de umidade ou presença de muco elástico e lubrificante. O dia ápice significa que espaço de tempo de mais ou menos 48 horas a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer. Após o dia ápice, o muco desaparece ou retorna à aparência de muco pegajoso, com sensação de secura.

É considerado período fértil até quatro dias após o dia ápice.

FASE PÓS-OVULATÓRIA:

Na 4º noite após o dia ápice, a mulher entra no período de infertilidade.

O espaço de tempo entre o quarto dia após o dia ápice e a próxima menstruação, varia de onze a dezesseis dias, e é infértil, tendo em vista que a ovulação já ocorreu.

TÉCNICA DE USO DO MÉTODO – INSTRUÇÕES ÀS MULHERES/CASAIS:

PRIMEIRA CONSULTA OU ATENDIMENTO:

- Observar diariamente se há presença ou ausência do muco, bem como a sensação de umidade ou seca na vulva;
- Efetuar o registro do que foi observado, em impresso próprio, contendo as seguintes informações:
- Nome da paciente;
- Data do primeiro dia da menstruação;
- Dias do ciclo menstrual e datas;
- Descrição diária da sensação observada na vulva (seca, umidade, lubrificação, etc), e da presença ou não de muco, seu aspecto (branco, grumoso, elástico, transparente, parecido com clara de ovo, brilhante, etc), quantidade (pequena, média, grande quantidade).
- Agendar o primeiro retorno para o mês subsequente, colocando-se à disposição para eventuais dúvidas;
- A mulher não deverá estar utilizando método hormonal neste período, por este alterar o funcionamento normal do ciclo.

PRIMEIRO RETORNO:

- Deverá ser um mês após o primeiro atendimento;
- Verificar as anotações feitas na planilha inicial;
- Conversar com a mulher/casal a fim de esclarecer dúvidas quanto à observação ou anotações;
- Entregar gráfico próprio para anotações das observações diárias dos próximos ciclos;
- Orientar que a anotação deverá ser feita, preferencialmente, ao final do dia, a fim de avaliar se foi um dia infértil (“seco”) ou fértil (“molhado”).

ORIENTAÇÕES À MULHER/CASAL QUE DESEJA ENGRAVIDAR:

A gravidez será possível de acontecer quando a relação sexual ocorrer no período fértil, quando acontece a ovulação na mulher.

Neste período há a presença do muco cervical, que é eliminado para a vulva.

ESCOLHENDO O SEXO DO FILHO:

O sexo do filho é determinado pelo espermatozóide.

Em cada óvulo, o cromossomo sexual é um cromossomo X.

Metade dos espermatozóides têm o cromossomo X e a outra metade, o cromossomo Y.

Quando um espermatozóide com o cromossomo X une-se ao óvulo, o filho será uma menina.

Quando um espermatozóide com cromossomo Y une-se ao óvulo, o filho será um menino.

Há algum indício de que o espermatozóide com cromossomo Y seja mais ágil, mas com sobrevivência mais curta que o espermatozóide com cromossomo X. Isto torna mais provável que o coito no dia do sintoma Ápice ou no dia seguinte produzirá um filho homem.

Por outro lado, o coito quando o muco começa a produzir uma sensação escorregadia na vulva, ou talvez, um pouco mais perto do Ápice, é mais apto a produzir uma filha mulher.

De qualquer modo, deverá haver um só ato de coito, durante a fase fértil.

ORIENTAÇÕES À MULHER/CASAL QUE NÃO DESEJA ENGRAVIDAR:

Evitar relações sexuais durante a presença de fluxo menstrual, pois a presença de muco poderá ser ocultada, caso ocorra neste período.

Espaçar as relações sexuais em dias alternados durante os primeiros dias da fase seca, logo após o período menstrual, a fim de uma maior segurança na identificação do início da presença do muco.

Quando iniciar a presença do muco e/ou sensação de lubrificação, abster-se de relações sexuais.

A partir do quarto dia após o dia ápice, e até o dia anterior à próxima menstruação, o casal tem liberdade de utilizar todos os dias para a relação sexual, pois este é o período infértil.

FIGURAS – MODIFICAÇÃO DO MUCO CERVICAL AO LONGO DO CICLO MENSTRUAL:

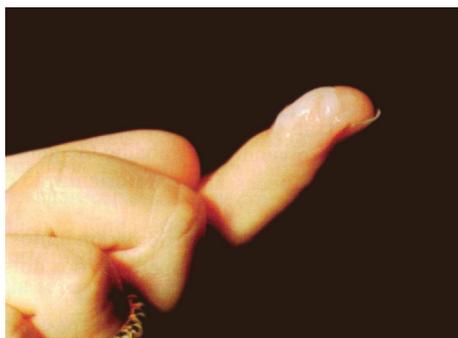


Fig. 1. No início o muco é espesso e pegajoso.

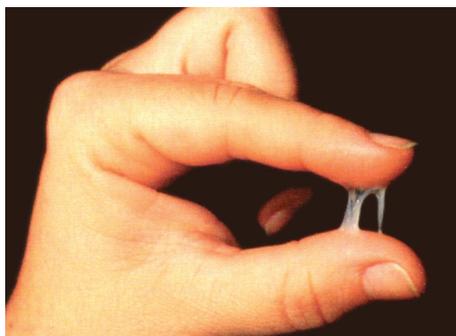


Fig. 2. A seguir o muco continua pegajoso, opaco, mas pouco extensível.

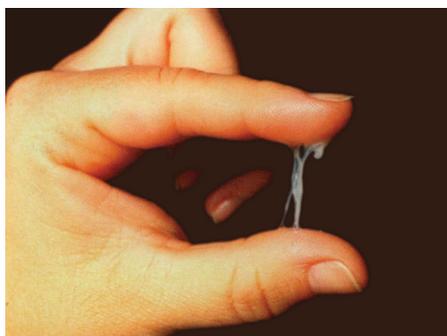


Fig. 3. A seguir o muco se torna mais extensível, porém arrebenta.



Fig. 4. Em seguida, o muco se torna extensível, fica transparente e aumenta na mulher a sensação de umidade.



Fig. 5. Este é o sinal que ocorre logo antes da ovulação: o muco se torna transparente, muito extensível, assemelhando-se com clara de ovo. Aparece a sensação de lubrificação na mulher. Este muco pode esticar muito, sem se romper; continua grande a sensação de lubrificação. A quantidade varia de mulher para mulher.

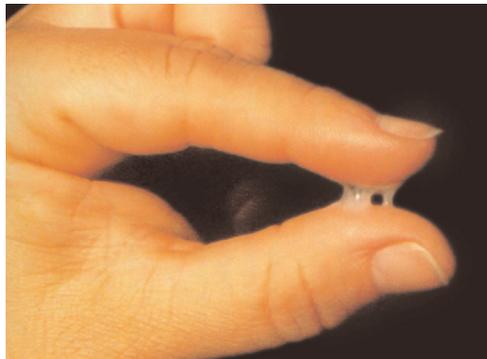


Fig. 6. A seguir, há mudança no muco, retornando a característica anterior. Torna-se mais opaco, fibroso, pouco ou nada extensível. Desaparece então a sensação de lubrificação e todas as modificações comprovam que o dia anterior foi o dia ápice, desaparecendo gradativamente o muco.



Fig. 7. O período infértil se inicia a partir do quarto dia após o “Ápice”, quando a mulher não apresenta sensação de umidade na vulva. Este período de secura pode ser percebido também após o período de menstruação, que também é infértil.

5.1.4 MÉTODO SINTO-TÉRMICO

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

- Para identificar o início do período fértil:
- Detectar o aparecimento do muco;
- Fazer o cálculo do calendário.

Os parâmetros subjetivos relacionados com a ovulação:

- Dor abdominal;
- Sensação de peso nas mamas e/ou mamas inchadas e doloridas;
- Variações de humor e/ou libido;
- Outros sintomas e sinais (enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento, intermenstrual...).

A mulher que desejar fazer uso deste método deve estar completamente familiarizada com as técnicas de cada um dos métodos naturais, já descrito anteriormente.

OBSERVAÇÃO:

Existem ainda outros métodos anticoncepcionais considerados naturais, e que auxiliam no reconhecimento do período fértil da mulher.

São exemplos: PG 53, que é uma lâmina com lente de aumento, que permite a observação da configuração salivar, que se altera no período fértil; e fita de teste de urina, que mede o teor hormonal na urina, que varia ao longo do ciclo menstrual.

5.2 EJACULAÇÃO EXTRAVAGINAL: COITO INTERROMPIDO

Apesar de ser um meio muito utilizado pelos casais jovens e/ou que tem relações sexuais esporádicas, deve ser desestimulado, pois sua eficácia na prevenção de gravidez é baixa, não oferece proteção contra DST/Aids e/ou ainda pode gerar insatisfação sexual de um ou ambos os parceiros.

5.3 OS MÉTODOS QUÍMICOS E DE BARREIRA

São métodos que colocam obstáculos mecânicos ou químicos à penetração dos espermatozoides no canal cervical.

Os métodos químicos ou de barreira disponíveis em nosso meio são:

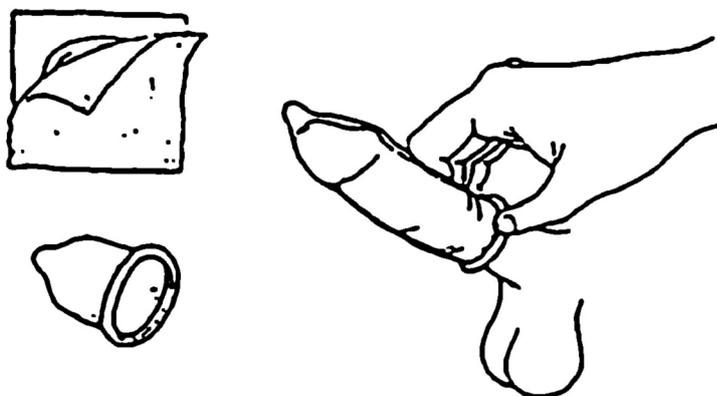
- Preservativo masculino;
- Preservativo feminino;
- Diafragma;
- Espermaticidas.

5.3.1 PRESERVATIVO MASCULINO

Também chamado de condom ou camisinha é um método de barreira usado pelo homem. Consiste em um envoltório ou membrana de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o espermatozoide na ocasião da ejaculação. Seu uso oferece proteção contra gravidez indesejada, e ainda contra doenças sexualmente transmissíveis.

TÉCNICA DE USO:

- Usar o preservativo em todas as relações sexuais;
- Colocar o preservativo antes de qualquer contato do pênis com os genitais femininos;
- Desenrolar o preservativo sobre o pênis ereto deixando um espaço da extremidade, sem ar, para o sêmen ser depositado.
- Se o preservativo não for lubrificado, usar alguma substância lubrificante a base de água, para evitar que o preservativo se rompa devido a fricção.
- Retirar o pênis ainda ereto da vagina após a ejaculação. Pressionar as bordas do preservativo com os dois dedos durante a retirada do pênis para evitar que o sêmen extravase ou que o preservativo se desprenda e fique na vagina.
- Jogar fora o preservativo após o uso, ele jamais deve ser reutilizado.



INDICAÇÕES:

- Evitar gravidez indesejada;
- Ajudar a prevenir doenças sexualmente transmissíveis;
- Casais motivados ou habituados com seu uso ou situações de uso temporário;
- Amamentação;
- Clientes em fase de aprendizado ou aguardando uso de outro método;
- Primeiros meses após vasectomia;
- Portadores de HIV.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Alergia ao látex ou ao lubrificante;
- Hipospádia (abertura da uretra voltada para baixo);
- Epispádia (abertura da uretra voltada para cima).

OBSERVAÇÕES:

- Manipulação cuidadosa do preservativo evitando o contato com unhas longas;
- Não esticar ou inflar preservativo para efeito de teste;
- Guardar o preservativo em lugar fresco, seco, protegido da luz e do calor, e de fácil acesso ao casal;
- Não abrir a embalagem com uso de material cortante (faca, tesoura, dentes e etc.).

EFICÁCIA:

75 a 96% de segurança, ou seja, 0,4 a 25% de falhas em 100 mulheres por ano.

5.3.2 PRESERVATIVO FEMININO

Também chamado de condom ou camisinha feminina.

É um método contraceptivo de barreira, geralmente de poliuretano, macia, transparente e resistente. Adequadamente posicionada recobre a cérvix uterina, paredes vaginais e parte da vulva.

Devido a maior área genital tanto feminina quanto masculina recoberta, oferece proteção mais efetiva contra a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis em especial o HIV.

A sua eficácia aumenta principalmente quando usada associada a lubrificantes com capacidade espermaticida.

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

O preservativo feminino pode ser colocado até 8 horas antes da relação.

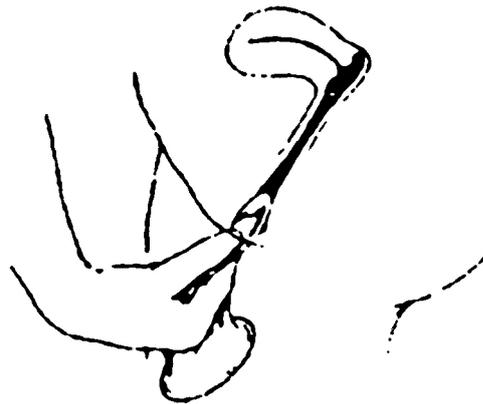
TÉCNICA DE USO:

Para colocar a camisinha, encontre uma posição confortável para você. Pode ser em pé com o outro pé em cima de uma cadeira, sentada - com os pés afastados - ou agachada ou deitada.

Segurar a camisinha pelo anel interno, deixando a argola externa pendurada para baixo.



Inserir o preservativo pressionando o anel externo e conduzido até a vagina, introduzindo até o colo uterino.



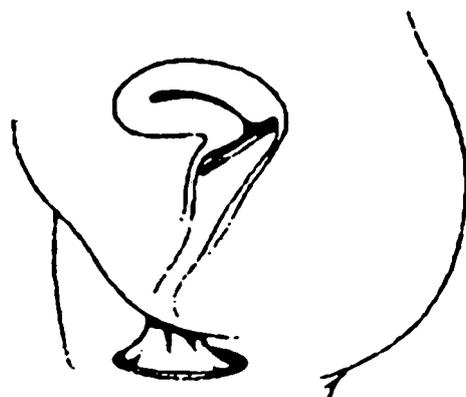
Com o dedo indicador, empurrar a camisinha - tão fundo quanto possível (pelo seu interior). A camisinha deve cobrir o colo do útero e recobrir a vagina.



O anel externo fica exposto fora da vagina uns três centímetros, protegendo desta forma os grandes lábios e impedindo a troca de fluídos masculinos e femininos.



O anel externo fica exposto fora da vagina uns três centímetros, protegendo desta forma os grandes lábios e impedindo a troca de fluídos masculinos e femininos.



Após a relação retire a camisinha apertando a argola externa e dê uma "torcida". Para manter o esperma no interior da camisinha. Puxe-a para fora delicadamente e jogue-a no lixo. Jamais reutilizá-la.



INDICAÇÕES:

- Evitar a gravidez;
- Ajudar a prevenir doenças sexualmente transmissíveis;
- Casais motivados ou habituados com seu uso, ou em situações de uso temporário;
- Amamentação (lactação, após 06 primeiras semanas após parto);
- Mulheres com relacionamento sexual eventual;
- Portadores de HIV;

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Mulheres que nunca tiveram relação sexual;
- Prolapso uterino;
- Alterações psíquicas graves que impeçam a utilização correta do método;
- Reação alérgica ao poliuretano.

OBSERVAÇÕES:

- Guarde a camisinha feminina em lugar seco e fresco. Leia sempre a data de validade do produto, estando ela vencida não utilizá-lo. Abrir a embalagem somente quando for utilizá-lo;
- Ao manipular, tome cuidado para não rasgar ou estragar a camisinha feminina, se isto acontecer, jogue-a no lixo e use outra.
- Nunca deve ser utilizada junto com a camisinha masculina, use uma ou outra;
- Recomenda-se retirar a camisinha feminina antes de adormecer ou trocar de posição, ou levantar-se, ou antes, de ter outra relação, evitando desta forma o extravasamento do esperma.

5.3.3 DIAFRAGMA

É um método contraceptivo de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de borracha ou silicone em forma de cúpula, que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo do útero.

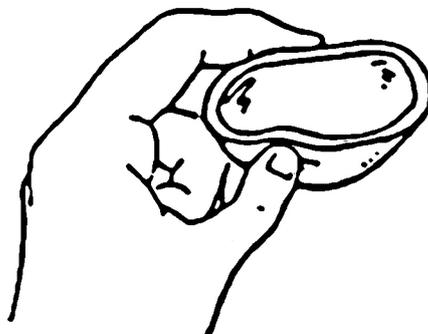
O diafragma é colocado na vagina antes da relação sexual, com a parte convexa voltada para a vulva, localizando a borda posterior no fundo do saco posterior e a borda anterior atrás do púbis.

Recomenda-se para maior eficácia, antes da introdução do diafragma, colocar na parte côncava, creme espermaticida, tornando-se uma barreira mecânica e química entre as paredes vaginais e o colo uterino, impedindo desta maneira a penetração dos espermatozóides.

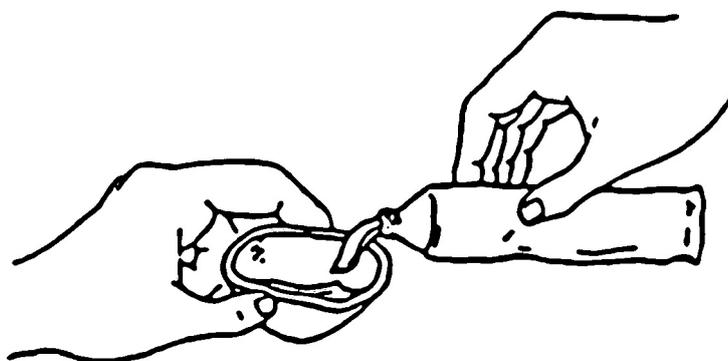
Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária medição por profissional de saúde treinado para determinar o tamanho adequado a cada mulher. A vida média útil do diafragma é de cerca de 02 anos se observadas as recomendações do produto.

TÉCNICA DE USO:

- Usar o diafragma preferencialmente com espermaticidas, todas as vezes que manter relações sexuais, independente do período do mês;



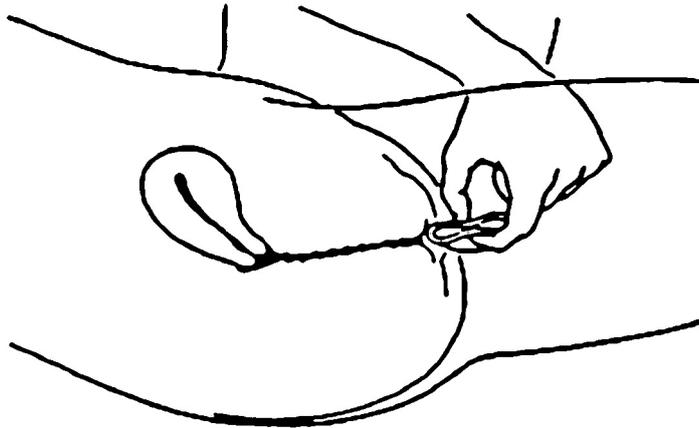
- Lavar as mãos antes de colocar o diafragma;
- Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra luz para assegurar-se da existência de defeitos e furos.
- Em caso de uso com geléia espermaticida aplica-se dentro da parte côncava do diafragma (aproximadamente uma colher de chá).



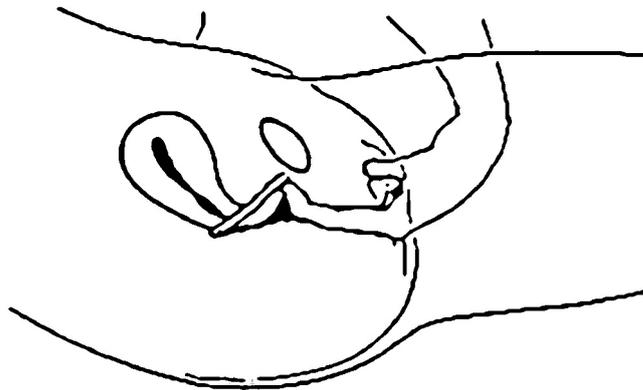
Observação: a geléia permanece ativa por no máximo 06 horas, de modo que o diafragma pode ser colocado até 06 horas antes da relação sexual.

Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada de cócoras ou em pé com uma das pernas levantada ou sentada na beira de uma cadeira) da seguinte forma:

Segurar o diafragma com uma das mãos com a parte côncava virada para cima (com geléia dentro) pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar.



Afastar os lábios da vulva com a outra mão e introduzir dentro da vagina o diafragma dobrado, empurrando-o para baixo e para dentro do fundo posterior da vagina até onde seja possível.



Em caso de uso associado com espermaticida.

Ocorrendo nova relação no período de 06 horas fazer 01 aplicação de geléia espermaticida, usando o aplicador para colocá-lo a frente do diafragma sem retirá-lo do local.

O diafragma não deve ser retirado antes de período de 06 a 08 horas após a última relação sexual e deve-se evitar duchas vaginais durante esse período.

Remover o diafragma colocando o dedo indicador por trás de sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora. Observar o tempo mínimo de 06 horas após a relação e o máximo de 24 horas após a sua inserção.

Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio, salpicando com amido de milho (evitar talco, devido danificar o material e propiciar alergias).

INDICAÇÕES:

- Casais motivados e bem disciplinados em usar o método todas as vezes que manter relação sexual;
- Mulheres com relacionamento sexual eventual;
- Adolescentes;
- Lactação (após 08 primeiras semanas após o parto).

CONTRA-INDICAÇÃO:

- Mulheres que nunca tiveram relação sexual;
- Configuração anormal da vagina;
- Cistocele ou retocele encontrada;
- Anteversão e retroversão uterina pronunciada;
- Prolapso uterino;
- Fistulas vaginais;
- Parede muscular vaginal deficiente;
- Alterações psíquicas graves que impeçam o uso correto.
- Infecção urinária de repetição;
- Cervico-colpites agudas;
- Reação alérgica a borracha ou ao espermaticida.

EFICÁCIA:

75% a 96% de segurança, ou seja, 04 a 25% de falha por 100 mulheres por ano.

OBSERVAÇÃO:

Este método não protege contra possíveis contaminações por DST (HIV; HPV; Hepatite B, C, etc).

5.3.4 ESPERMATICIDAS

São substâncias químicas anticoncepcionais para uso vaginal que possuem mecanismo de ação sobre a vitalidade do espermatozóide, impedindo sua penetração no canal cervical e bioquimicamente imobilizando ou destruindo os espermatozoides.

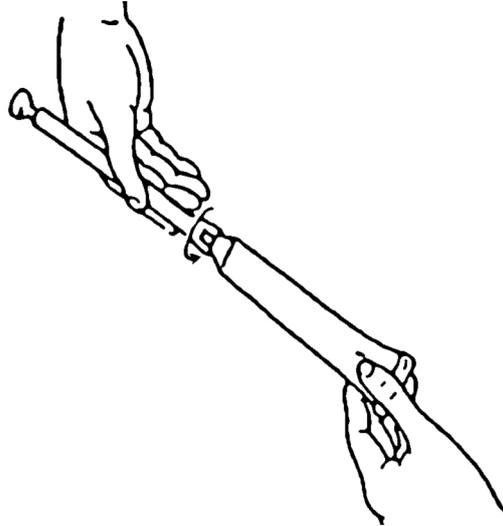
Pode-se apresentar na forma dos óvulos, supositórios, geléias, cremes, espumas ou aerossóis.

O espermaticida destina-se mais adequadamente ao uso combinado com o diafragma ou eventualmente ao preservativo masculino ou feminino.

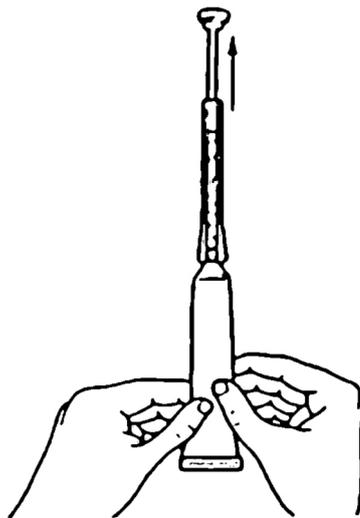
Obs: O espermaticida deve ser colocado na vagina uma hora antes de cada relação sexual.

TÉCNICA DE USO:

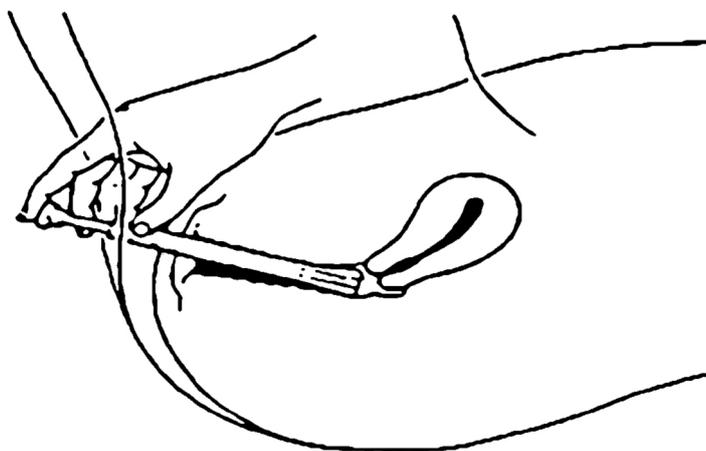
- Tirar a tampa do tubo e colocar o aplicador na abertura ao mesmo, girando-o;



- Apertar o tubo desde o fundo, forçando seu conteúdo para o cilindro do aplicador até que o embolo esteja totalmente exposto e o cilindro completamente cheio;



- Segurar o aplicador cheio e inseri-lo na vagina o mais profundo possível;



- Reaplicar a cada relação sexual;
- Evitar duchas vaginais até pelo menos 08 horas após a relação;
- Lavar o aplicador com água e sabão após cada uso, enxaguando-o bem.

INDICAÇÕES:

- Casais motivados e em situações de uso temporário como: primeiras semanas de pós-parto, amamentação, situações de emergência, relações ocasionais;
- Adolescentes;
- Clientes em fase de aprendizado ou aguardando uso de outro método;
- Combinação com outros métodos de barreira ou de abstinência periódica;
- Primeiros meses após vasectomia;
- No esquecimento de um ou dois dias de pílula.

CONTRA-INDICAÇÃO:

- Cliente com alto risco reprodutivo;
- Alergia aos produtos químicos do espermicida.

DESVANTAGENS:

Pouca eficácia anticonceptiva, quando usada isoladamente.

EFICÁCIA:

De 60 a 90% de segurança, ou seja, 10 a 40% de falha por ano.

5.4 ANTICONCEPÇÃO HORMONAL ORAL

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

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

5.4.1 ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS

Os anticoncepcionais orais combinados, mais conhecidos como pílula, são usados por aproximadamente 20% das mulheres casadas ou unidas em idade fértil no Brasil. A pílula e o método anticoncepcional reversível mais utilizado no país. São comprimidos que contêm dois hormônios sintéticos (estrogênio e progestogênio) parecidos como os produzidos pelo ovário da mulher.

5.4.1.1 TIPOS E COMPOSIÇÃO:

Os anticoncepcionais orais combinados (AOCs), contêm um estrogênio e um progestogênio, em diferentes doses e esquemas posológicos:

MONOFÁSICAS - são as mais comuns, encontradas em embalagens de 21 ou 22 comprimidos ativos. A grande maioria tem 21 comprimidos. Todos os comprimidos ativos têm a mesma composição e dose. Para algumas marcas, as embalagens contêm, além das pílulas ativas, 6 ou 7 de placebo para completar 28 comprimidos. Ex: Microvlar, Nordette, Diane 35, Selene, Evonor, Mercilon etc.

BIFÁSICAS - contêm dois tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios em proporções diferentes. Devem ser tomados na ordem indicada na embalagem. Ex: Gracial.

TRIFÁSICAS - contêm três tipos de comprimidos ativos, de diferentes cores, com os mesmos hormônios em proporções diferentes. Devem ser tomados na ordem indicada na embalagem. Ex: Triquilar, Trinordiol, Trinovum.

5.4.1.2 MECANISMO DE AÇÃO:

Inibem a ovulação e tornam os mucos cervicais espesso, dificultando a passagem dos espermatozoides.

5.4.1.3 EFICÁCIA:

São métodos eficazes em uso típico ou rotineiro: 6-8 gravidezes por 100 mulheres no primeiro ano de uso (1 em cada 17 a 1 em cada 12).

São métodos muito eficazes quando usados corretamente e consistentemente: 0,1 mulheres grávidas por 100 mulheres no primeiro ano de uso (1 em cada 1000).

A eficácia do método, para cada caso individual, depende fundamentalmente da maneira como a mulher toma as pílulas. A orientação adequada é fundamental para que as mulheres usem o método corretamente.

5.4.1.4 EFEITOS COLATERAIS:

- Náuseas (mais comum nos 3 primeiros meses), cefaléia leve, sensibilidade mamária, leve ganho

de peso, nervosismo, acne;

- Alterações do ciclo menstrual: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações (mais comum nos 3 primeiros meses de uso). Nessa situação, a mulher deve ser orientada a continuar o uso da pílula. Durante o período de uso da pílula, se o sangramento persistir por mais de 10 dias, a mulher devera ser avaliada pelo médico.

Em algumas mulheres podem causar alterações do humor, como depressão e menor interesse sexual.

5.4.1.5 RISCOS:

- Não são recomendados para lactantes, pois afetam a qualidade e a quantidade do leite;
- Muito raramente, podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto, sendo que o risco e maior entre fumantes (mais de 20 cigarros/dia) com 35 anos ou mais;
- Podem aumentar o risco para tumores de fígado, sendo extremamente raros os tumores malignos;

De acordo com a informação atualmente disponível, a pílula não aumenta o risco para câncer de colo uterino e mama; porém, novos estudos são necessários para obter-se conclusões mais precisas. Além disso, existem ainda dúvidas sobre a possível aceleração da evolução de cânceres pré-existentes com o uso da pílula.

5.4.1.6 BENEFÍCIOS:

- Podem aumentar o prazer sexual porque diminuem a preocupação com a possibilidade de engravidar;
- Proporcionam ciclos menstruais regulares, com sangramento durante menos tempo e em menor quantidade;
- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais;
- A fertilidade retorna em seguida a interrupção da cartela;
- Podem prevenir anemia ferropriva;
- Diminuem a incidência de gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica, doenças mamárias benignas e miomas uterinos.

5.4.1.7 INDICAÇÃO:

A pílula, se usada corretamente, oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. A efetividade da pílula se mantém durante todo o período de uso. Pode ser usada desde a adolescência ate a menopausa, sem necessidade de pausa para descanso. Pode ser usada por mulheres de qualquer idade que não tenham fatores que contra indiquem seu uso.

Os anticoncepcionais orais combinados de baixa dose contêm doses pequenas de hormônios. Algumas condições clínicas contra indicam o uso de anticoncepcionais com altas doses de estrogênio. Essas contra indicações não se aplicam ao uso de anticoncepcionais orais de baixa dose.

São candidatas ao uso do método em qualquer circunstância, mulheres que não tem filhos, magras ou obesas, de qualquer idade, (exceto fumantes com 35 anos de idade ou mais), fumantes com menos de 35 anos, e também mulheres que tiveram aborto recentemente.

Além disso, mulheres com os seguintes problemas podem usar AOCs de baixa dose:

- Cólica menstrual ou anemia ferropriva;
- Ciclos menstruais irregulares;
- Doenças mamárias benignas;
- Diabetes sem doença vascular, renal, ocular ou neurológica;
- Cefaléia leve;
- Varizes;
- Malária, Esquistossomose, doenças tireoidianas, DIP, endometriose, tumores ovarianos benignos, miomas uterinos, antecedentes de doença inflamatória pélvica, TB (exceto se usando rifampicina).

5.4.1.8 CONTRA INDICAÇÕES:

- Gravidez;
- Idade maior ou igual a 35 anos e fumante (+ de 20 cigarros/dia);
- Hipertensão arterial moderada e grave;
- Lactantes em aleitamento materno exclusivo com menos de 6 meses;
- Antecedente de acidente vascular cerebral(AVC);
- Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado;
- Doença cardíaca valvular complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, história de endocardite bacteriana);
- Diabetes há mais de 20 anos ou com lesão ocular, neurológica ou renal;
- Câncer de mama atual ou no passado;
- Cirrose hepática;
- Tumor no fígado;
- Cefaléia grave como as enxaquecas ou com sintomas neurológicos focais (risco para AVC);
- Síndrome convulsiva (usuária de fenitoína, carbamazepina, barbitúricos);

5.4.1.9 TÉCNICA DE USO:

- No primeiro mês de uso, ingerir o primeiro comprimido no 1º dia do ciclo menstrual ou, no máximo até o 5º dia. Para pílulas de doses mais baixas, os fabricantes recomendam iniciar no primeiro dia do ciclo, quanto mais precoce for o início do uso da pílula em relação ao início do ciclo menstrual, melhor e a sua eficácia nesse ciclo;
- Se mais de sete dias se passaram desde o início do ciclo menstrual, ela pode iniciar o método, porém deve-se ter a certeza de que a mulher não esteja grávida e evitar relações sexuais sem o uso do preservativo;
- Se a mulher estiver amamentando aguardar seis meses após o parto ou indicar o anticoncepcional de progestogênio (minipílula);
- Se a mulher não estiver amamentando pode-se iniciar o método de três a seis semanas após o parto não sendo necessário aguardar pelo retorno da menstruação;
- Após aborto pode-se iniciar o método nos primeiros sete dias após a sua ocorrência ou em qualquer outro momento, desde que haja certeza de que a mulher não esteja grávida;
- Após parar de usar anticoncepcional injetável deve-se iniciar imediatamente este método não sendo necessário esperar pela próxima menstruação;
- Entregar o método às pacientes e mostrá-las o tipo da cartela, a quantidade de comprimidos por cartela. Orientá-las a tomar os comprimidos sempre na mesma hora, seguindo as orientações e/ou as flechas desenhadas na cartela. Alertar sobre o risco de gravidez se caso esquecer de tomar as pílulas;
- A cartela seguinte deverá ser iniciada com intervalo de sete dias se a cartela for de 21 pílulas, seis dias se a cartela for de 22 pílulas e de modo consecutivo (sem intervalo se a cartela for de 28 pílulas);
- Em caso de esquecimento de uso da pílula, a usuária deve ser orientada da seguinte forma:
 - a - No caso de esquecimento de uso de uma pílula, a mesma deve ser ingerida imediatamente e a pílula regular no horário habitual ou ainda a ingestão das duas pílulas no mesmo horário.*
 - b - No caso de esquecimento de duas ou mais pílulas, a usuária, pode continuar a tomar a pílula, mas deve utilizar, também, um método de barreira ou pode ser orientada a interromper a anticoncepção hormonal oral até a próxima menstruação.*
- Nos casos de vômitos e/ou diarreias, com duração de dois ou mais dias, as relações sexuais devem ser evitadas ou o uso de método de barreira, pois existem as possibilidades de não absorção dos esteróides da pílula, com conseqüente perda da ação anticonceptiva;
- Não há necessidade de interromper o uso do método para descanso, pois não existe amparo científico que justifique, sendo causa freqüente de ocorrência de gestações;
- O exame clínico-ginecológico deve ser realizado em intervalos regulares de 12 meses;
- Recomendar a mulher que mencione o uso da pílula sempre que for a qualquer consulta médica;
- Reforçar o aconselhamento. A usuária do método deve ser orientada para o uso do preservativo masculino ou feminino de forma a reduzir o risco de infecção pelo HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis (dupla proteção);
- Orientar retornos mensais com a equipe de enfermagem para avaliar as condições de uso da pílula;

la (regularidade na ingestão, tolerância, aceitabilidade, entre outras);

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contra indicação ao uso do método e agendar retorno médico sempre que necessário;
- Avaliar peso e pressão arterial em cada retorno mensal.

5.4.1.10 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:

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

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

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

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

- **Anticonvulsivantes:**
 - Barbitúricos
 - Difenil-hidantoína
 - Primidona
 - Carbamazepina

- **Antibióticos:**
 - Rifampicina

- **Fungicidas:**
 - Griseofulvina

5.4.2 ANTICONCEPCIONAIS ORAIS DE PROGESTOGENOS

Os anticoncepcionais orais de progestógenos também chamado de minipílula contêm uma dose muito baixa de um tipo de hormônio, o progestógeno. Em comparação com os anticoncepcionais orais combinados a quantidade do progestógeno gira em torno da metade a um décimo e não contém estrogênio. São anticoncepcionais orais mais apropriados para a mulher que amamenta, porém mulheres que não amamentam também podem usá-los.

5.4.2.1 TIPOS E COMPOSIÇÃO:

Este anticoncepcional contém progestógeno em uma quantidade muito pequena, encontrado em embalagens com 28 ou 35 pílulas ativas. Todos os comprimidos ativos têm a mesma composição e dose.

Anticoncepcionais orais de progestógenos disponíveis no Brasil:

- | | |
|--------------------------|-------------------|
| • Noretisterona 0,35mg | 35 pílulas ativas |
| • Levonorgestrel 0,030mg | 35 pílulas ativas |
| • Linestrenol 0,5mg | 28 pílulas ativas |

5.4.2.2 MECANISMO DE AÇÃO:

Promovem o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração de espermatozóides e inibem a ovulação em aproximadamente metade dos ciclos menstruais.

5.4.2.3 EFICÁCIA:

Para a lactante e muito eficaz quando usada de forma correta e consistente, tem uma taxa de falha de 0,5% em um ano, esta alta eficácia durante a lactação se dá devido ao aleitamento materno, especialmente quando exclusiva e nos primeiros seis meses.

A eficácia em uso típico também é alta com uma taxa de falha de aproximadamente 1%.

Para as não lactantes a eficácia em uso correto e consistente também é alta, mas não tão alta quanto à da pílula combinada. Não existe muita informação sobre a eficácia desse método em uso típico fora da lactação, mas a maioria dos autores concorda que a taxa de gravidez é mais alta do que a das combinadas.

5.4.2.4 EFEITOS COLATERAIS:

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

5.4.2.5 RISCOS:

Por conter somente progestógeno em dose muito baixa, a minipílula praticamente não apresenta riscos importantes à saúde. Pode ser considerado um dos anticoncepcionais mais seguros.

O risco mais importante é a falha anticoncepcional. Para minimizar o risco de gravidez, deve ser

tomada sempre a mesma hora, todos os dias. Algumas horas de atraso já são suficientes para aumentar o risco de gravidez em mulheres que não estão amamentando.

Esse risco aumenta significativamente se a mulher esquece do tomar duas ou mais pílulas.

5.4.2.6 BENEFÍCIOS:

Podem ser usados por lactantes a partir de seis semanas após o parto. A quantidade e a qualidade do leite materno não são prejudicadas (ao contrário dos anticoncepcionais orais combinados, que podem reduzir a produção de leite);

Não apresentam os efeitos colaterais e não aumentam o risco de complicações relacionadas ao uso do estrogênio, tais como infarto ou acidente vascular cerebral;

Menor risco de efeitos colaterais relacionados ao uso de progestogênio, tais como acne e aumento de peso, do que com o uso de anticoncepcionais orais combinados;

Podem ajudar a prevenir doenças benignas de mama, câncer de endométrio ou de ovário, doença inflamatória pélvica(DIP).

Além dos benefícios descritos acima todas as mulheres que apresentam quaisquer dos problemas abaixo podem utilizar a minipílula:

- Doenças mamárias benignas;
- Cefaléias;
- Hipertensão;
- Coagulopatias;
- Anemia ferropriva e falciforme;
- Varizes;
- Cardiopatia valvar;
- Malária;
- Tumores ovarianos benignos;
- Endometriose;
- Miomatose uterina;

5.4.2.7 INDICAÇÃO:

Em geral, a maioria das mulheres pode usar a pílula de progestogênio com segurança e eficácia podem ser usadas em quaisquer circunstâncias por mulheres:

- Que estão amamentando (iniciar o uso seis semanas após o parto);
- Fumantes;
- Que não tem filhos;
- De qualquer idade, incluindo adolescentes e mulheres com mais de 40 anos;

5.4.2.8 CONTRA INDICAÇÕES:

- Gravidez;
- Câncer de mama atual ou no passado;
- Cirrose hepática;
- Hepatite;
- Tumor no fígado;

Obs: As pílulas de progestogênio não contêm estrogênio. Muitas das contra-indicações para o uso de anticoncepcionais orais combinados não se aplicam aos anticoncepcionais orais de progestogênio.

5.4.2.9 TÉCNICA DE USO:

Iniciar o uso nas lactantes após 6 semanas de pós-parto. O aleitamento materno exclusivo previne a gravidez com eficácia pelo menos por seis meses ou até a menstruação retornar (o que acontecer primeiro). A minipílula garante uma proteção adicional, se a mulher assim o desejar. Em mulheres que praticam aleitamento misto, o melhor momento para se introduzir os anticoncepcionais orais de progestogênio é seis semanas após o parto. Além desse período, a fertilidade poderá retornar. Para as não-lactantes a minipílula pode ser iniciada imediatamente após o parto.

Após aborto (primeiro ou segundo trimestre ou aborto infectado) - A minipílula pode ser iniciada imediatamente ou nos primeiros sete dias após o aborto;

Se a menstruação já retornou, a mulher pode começar a tomar a minipílula nos primeiros cinco dias da menstruação, preferencialmente no primeiro dia ou a qualquer momento desde que tenha certeza de que não está grávida e evitar relações sexuais sem o uso do preservativo.

Usar de forma contínua não tendo intervalo entre as cartelas e nem durante a menstruação.

Tomar sempre no mesmo horário, pois o atraso de algumas horas aumenta o risco de gravidez. Se a mulher atrasou a ingestão da pílula mais do que três horas ou esquecer alguma pílula e já não amamenta ou amamenta, mas a menstruação retornou, deve tomar a pílula esquecida, assim que possível, e continuar tomando uma pílula por dia. Também deve usar preservativos ou evitar relações sexuais pelo menos durante dois dias.

Quando uma cartela termina, no dia seguinte ela deve tomar a primeira pílula da próxima cartela (não deixar dias de descanso, pois todas as pílulas são ativas).

Em caso de vômito dentro de uma hora após tomar a pílula, orientar a mulher para ingerir outra pílula (de outra cartela).

Em caso de diarreia grave ou vômitos durante mais de 24 horas, orientar a mulher para continuar o uso da pílula se for possível, usar o preservativo ou evitar relações sexuais até que tenha tomado uma pílula por dia, durante sete dias seguidos, depois que a diarreia e os vômitos cessarem.

Orientar que podem ocorrer manchas, sangramentos no intervalo entre as menstruações e amenorréia sendo estas situações comuns não representando risco.

5.4.2.10 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:

Certas drogas como rifampicina, griseofulvina e anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona), reduzem a eficácia da minipílula por serem medicamentos indutores de enzimas hepáticas. Nestes casos orientar uso de preservativos. Se a paciente preferir ou será submetida a um tratamento por um longo período ajude-a a escolher um outro método eficaz.

Não há interação clínica significativa demonstrada até o momento com os anti-retrovirais disponíveis para o controle de infecção pelo HIV.

5.5 ANTICONCEPÇÃO HORMONAL INJETÁVEL

São anticoncepcionais para uso feminino que contêm progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração parenteral (IM), com doses hormonais de longa duração de administração mensal ou trimestral.

5.5.1 ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL COMBINADO (MENSAL):

Os anticoncepcionais injetáveis mensais, de uso relativamente recente, vem sendo estudados por mais de trinta anos. As diferentes formulações contêm um ester de um estrogênio natural, o estradiol, e um progestogênio sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos.

5.5.1.1 TIPOS E COMPOSIÇÃO:

Os anticoncepcionais combinados injetáveis mensais, disponíveis no Brasil em frasco-ampola com suspensão, contêm um estrogênio, nas seguintes composições:

- 25 mg de acetato de medroxiprogesterona e 5mg de cipionato de estradiol; *Ex: Cyclofemina.*
- 50 mg de enantato de noretisterona e 5mg de valerato de estradiol; *Ex: Mesigyna.*
- 150 mg de acetofenido de dihidroxiprogesterona e 10mg de enantato de estradiol; *Ex: Perlutan, Ciclovular, Unociclo.*

5.5.1.2 MECANISMO DE AÇÃO:

Inibem a ovulação e tornam o muco cervical espesso, dificultando a passagem de espermatozoides.

5.5.1.3 EFICÁCIA:

Muito eficaz. As taxas de gravidez são baixas, entre 0.1% a 0.3% durante o primeiro ano de uso, com injeções mensais (cada 30 dias mais ou menos 3).

5.5.1.4 EFEITOS COLATERAIS:

Nos ensaios clínicos, os efeitos colaterais mais comuns foram:

- Alterações do ciclo menstruais: manchas ou sangramentos nos intervalos entre as menstruações, sangramento prolongado, e amenorréia;
- Ganho de peso;

Esses efeitos colaterais são muito menos comuns do que os provocados pelos anticoncepcionais injetáveis trimestrais.

- Cefaléia;
- Vertigem.

5.5.1.5 RISCOS:

Embora não existam dados sobre os efeitos dos anticoncepcionais injetáveis mensais sobre a composição e a quantidade do leite materno, seu uso entre as lactantes deve ser evitado até o sexto mês pós parto ou até que a criança esteja ingerindo outros alimentos;

Para evitar o risco de doença tromboembólica no período puerperal, não devem ser utilizados antes de 21 dias pós parto entre não lactantes;

Podem causar acidentes vasculares, trombozes venosas profundas ou infarto, sendo que o risco é maior entre fumantes (mais de 20 cigarros /dia) com 35 anos ou mais. Não tem sido demonstrado aumento de risco para câncer de colo ou de mama em usuárias de injetáveis mensais, porém o seu uso poderia acelerar a evolução de cânceres pré-existentes.

5.5.1.6 BENEFÍCIOS:

- Não interferem negativamente com o prazer sexual;
- Diminuem a frequência e a intensidade das cólicas menstruais;
- A fertilidade retorna em tempo mais curto do que com os injetáveis trimestrais;
- Podem prevenir anemia ferropriva;
- Ajudam a prevenir problemas como: gravidez ectópica, câncer de endométrio, câncer de ovário, cistos de ovário, doença inflamatória pélvica, doenças mamárias benignas e miomas uterinos.

5.5.1.7 DURAÇÃO DE USO:

O anticoncepcional injetável mensal oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso.

A efetividade mantém-se durante todo o período de uso. Pode ser usado desde a adolescência até a menopausa, sem necessidade de pausas para descanso. Pode ser usado por mulheres de qualquer idade que não tenham fatores que contra indiquem seu uso.

5.5.1.8 INDICAÇÃO

São candidatas ao uso do método em qualquer circunstância mulheres que não tem filhos, magras ou obesas, de qualquer idade (exceto fumantes com 35 anos, e também mulheres que tiveram aborto recentemente).

Além disso, mulheres com os seguintes problemas podem usar anticoncepcionais injetáveis mensais:

- Cólica menstrual ou anemia ferropriva;
- Ciclos menstruais irregulares;
- Doenças mamárias benignas;
- Diabetes sem doença vascular, renal, ocular ou neurológica;
- Cefaléia, varizes, malária, esquistossomose, doenças tireoidianas, DIP, miomas uterinos, TB (exceto se usando rifampicina).

5.5.1.10 TÉCNICA DE USO:

- Iniciar o uso nos primeiros cinco dias do ciclo. Porém, em mulheres com ciclo bem regular, o prazo pode ser estendido até o sétimo. Se mais de sete dias se passaram desde o início da menstruação, pode se iniciar o método, mas deve-se evitar relações sexuais ou usar condom e ter certeza de que a mulher não esteja grávida;
- Se a mulher estiver amamentando, aguardar seis meses após o parto;
- Se a mulher não estiver amamentando pode-se iniciar o seu uso após três a seis semanas após o parto, não sendo necessário esperar pelo retorno da menstruação, porém ter certeza de que a mulher não esteja grávida;
- A mulher deve tomar as injeções nas datas marcadas, podendo ter uma margem de 3 dias para mais ou para menos;
- Se houver atraso de mais de três dias para a nova injeção, ela deve usar condom ou evitar relações sexuais até a próxima injeção;
- A mulher deve retornar mesmo que esteja muito atrasada para uma nova dose, para avaliar a possibilidade de gravidez e receber, se for o caso, uma nova injeção;
- No momento da aplicação, deve-se agitar suavemente a ampola e administrá-lo profundamente na região do deltóide ou glúteo;

- Atentar para a total aspiração do conteúdo da ampola e também o total esvaziamento da seringa no momento da aplicação;
- Não massagear o local da injeção, pois a massagem fará com que o anticoncepcional seja absorvido muito rapidamente.

5.5.2 ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL COM PROGESTOGÊNIO ISOLADO (TRIMESTRAL)

O acetato de medroxiprogesterona (AMP-D), é um método anticoncepcional injetável apenas de progestogênio, utilizado por aproximadamente 14 milhões de mulheres em todo o mundo. É um progestogênio semelhante ao produzido pelo organismo feminino, que é liberado lentamente na circulação sanguínea.

5.5.2.1 TIPOS E COMPOSIÇÃO:

O anticoncepcional injetável trimestral contém apenas um progestógeno em frasco-ampola de suspensão microcristalina de depósito contendo acetato de medroxiprogesterona. Disponível na seguinte concentração:

- Acetato de medroxiprogesterona 150mg. Ex: *Depo-provera*, *Tricilon*.

5.5.2.2 MECANISMO DE AÇÃO:

- Impede a ovulação;
- Espessa o muco cervical, dificultando a passagem do espermatozóide através do canal cervical. Em média o retorno a fertilidade pode levar 4 meses após o término do efeito (7 meses após a última injeção).

Importante: o AMP-D não interrompe uma gravidez já instalada.

5.2.2.3 EFICÁCIA:

Muito eficaz. A taxa de gravidez é de 0,3 % para cada 100 mulheres durante o primeiro ano de uso, com injeções regulares a cada três meses.

5.2.2.4 EFEITOS COLATERAIS:

- Alterações do fluxo menstrual: manchas ou sangramento leve (o mais comum), sangramento volumoso (raro) ou amenorréia (bastante comum, ocorre em mais de 50% do segundo ano em diante);
- Aumento de peso: em média 1 a 2 kg por ano; o controle dietético pode auxiliar na prevenção do

ganho de peso;

- Cefaléia, sensibilidade mamária, desconforto abdominal, alterações de humor, náusea, queda de cabelo, diminuição da libido e /ou acne;
- Atraso no retorno da fertilidade: o tempo de espera para uma gravidez é aproximadamente quatro meses mais longo do que para mulheres que utilizam anticoncepcionais orais combinados, DIU, condom ou método vaginal.

5.5.2.5 RISCOS:

- **Redução da densidade mineral óssea:** existem estudos demonstrando que usuárias de AMP-D apresentam redução da densidade mineral óssea em relação às não usuárias, porém menor do que mulheres na pós-menopausa, mas sem evidência de osteoporose. O efeito é reversível após descontinuação do uso do método;
- **Alteração do metabolismo lipídico:** Algumas pesquisas demonstraram elevação do colesterol lipoproteína de baixa densidade (LDL- colesterol) e redução do colesterol lipoproteína de alta densidade (HDL- colesterol) em longo prazo.

5.5.2.6. BENEFÍCIOS:

- Muito eficaz;
- Pode aumentar o prazer sexual porque elimina a preocupação com a possibilidade de gravidez;
- Pode ser usado por qualquer grupo etário, mas não se recomenda seu uso antes de 16 anos de idade;
- Não parece afetar a quantidade e a qualidade do leite materno;
- Pode ser usado por lactantes após seis semanas do parto;
- Não provoca os efeitos colaterais do estrogênio;
- Não aumenta o risco de complicações relacionadas ao uso do estrogênio;
- Diminui a incidência de:
 - *gravidez ectópica;*
 - *câncer de endométrio;*
 - *doença inflamatória pélvica;*
 - *mioma uterino;*
- Pode ajudar a prevenir câncer do ovário;
- Para algumas mulheres: pode ajudar a prevenir anemia ferropriva, a frequência de crises convulsivas em portadores de epilepsia, e a dor e frequência de crises falciformes;
- Ajuda a reduzir os sintomas de endometriose.

5.5.2.7 DURAÇÃO DE USO:

O AMP-D oferece proteção anticoncepcional já no primeiro ciclo de uso. A efetividade do método é obtida com a dose de 150mg a cada 3 meses e se mantém durante todo o período de uso.

Pode ser usado desde a adolescência (a partir de 16 anos de idade) até a menopausa.

Não há necessidade de um período de descanso depois de um certo período de uso e pode ser usado por todo o período que uma mulher queira evitar a gravidez.

5.5.2.8 INDICAÇÃO;

Em geral, a maioria das mulheres pode usar AMP-D com segurança e eficácia, podendo ser usado por mulheres:

- Lactantes (iniciar o uso seis semanas após o parto);
- Não lactantes: < 21 dias ou mais – poderá ser iniciada imediatamente após o parto em não lactantes que possua alguma condição que contra indique a lactação;
- Pós-aborto - poderá ser iniciada imediatamente após o aborto;
- Historia de pré-eclampsia;
- Historia de diabetes gestacional;
- Fumantes(qualquer idade);
- Nuliparas;
- Idade de 16 ou mais e as mulheres com mais de 40 anos;
- Doença mamária benigna;
- Cefaléia leve;
- Hipertensão leve ou moderada;
- Coagulopatia;
- Anemia ferropriva;
- Varizes;
- Cardiopatia valvar;
- Irregularidade menstrual;
- Malária;
- Anemia falciforme;
- Esquistossomose;
- Tireoidopatias;
- Mioma uterino;
- Epilepsia;
- Tuberculose;

5.5.2.9 CONTRA INDICAÇÃO:

- Gravidez;
- Hipertensão arterial grave: PA 180/110 + doença vascular;
- Lactantes em aleitamento materno exclusivo com menos de 6 semanas;
- Antecedente de acidente vascular cerebral (AVC);
- Doença tromboembólica em atividade no momento ou no passado;
- Doença cardíaca isquêmica atual ou no passado;
- Diabetes há mais de 20 anos ou com lesão ocular, neurológica ou renal;
- Câncer de mama atual ou no passado;
- Cirrose hepática grave, hepatite ou tumores benignos ou malignos no fígado;
- Cefaléia grave como as enxaquecas ou com sintomas neurológicos focais (risco para AVC);
- Síndrome convulsiva (usuária de fenitoína, carbamazepina, barbitúricos);

EFICÁCIA:

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS	
PRINCIPAIS COMPONENTES E DOSES	TAXA DE GESTAÇÕES POR 100 MULHERES NO PRIMEIRO ANO DE USO
Acetato de medroxiprogesterona - 150mg (TRIMESTRAL)	0,3
Enantato de Norestisterona - 50 mg + Valerato de Estradiol - 5 mg Acetato de medroxiprogesterona - 25 mg + Cipionato de estradiol – 5 mg (MENSAL)	0,1 a 0,3

5.6 CONTRACEPTIVO TRANSDÉRMICO

Contraceptivo transdérmico é um método anticoncepcional, disponível no mercado brasileiro desde março de 2003. Cada adesivo contém norelgestromina e etinilestradiol, que são liberados na circulação sistêmica, a 150mcg/dia e 20mcg/dia, respectivamente. O adesivo é usado durante 7 dias consecutivos por três semanas, seguido da abstenção de uso de uma semana por ciclo. De acordo com o fabricante, a taxa de falha do método é de 0,6 a 0,8%.



Foto do Ortho Evra® no corpo.

<http://www.ortho-mcneil.com/news/archive/pr/12-27-00.htm>

5.7 ANEL CONTRACEPTIVO VAGINAL

Anel Contraceptivo Vaginal está disponível no mercado brasileiro. O anel é colocado na vagina uma vez por mês e deve ser usado durante três semanas, com pausa de uma semana. Cada anel libera diariamente 15mcg de etinilestradiol e 120 mcg de etonogestrel. Dados do fabricante mostram que a taxa de falha do método é de 0,65%.

NuvaRing®

Fonte: <http://www.nuvaclube.com.br/>



5.8 ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A anticoncepção de emergência é uma alternativa de caráter excepcional, para utilização em situações de emergência prescrita apenas pelo profissional médico.

É indicado em nosso serviço, através do programa Rosa Viva, em casos de violência sexual contra a mulher.

Seu mecanismo de ação atua basicamente inibindo ou adiando a ovulação, interferindo na capacitação espermática e possivelmente na maturação do oócito. Além disso, pode interferir na produção hormonal normal após a ovulação, mas é possível que atue também de outras formas. A anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após a implantação ter se completado. Não interrompe uma gravidez em andamento.

Esta medicação não deve ser utilizada como método anticoncepcional de rotina, devido à sua alta dosagem hormonal, considerando os seus efeitos colaterais, e os riscos deste uso não estarem completamente elucidados.

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

5.8.1 TIPOS E COMPOSIÇÃO

Anticoncepcionais orais apenas de progestogênio:

Ex: Levonorgestrel 0,75mg (Postinor-2, Norlevo, Pozato e Pilem);

Método de Yuzpe – combinados:

Ex: Levonorgestrel 0,25mg+etinilestradiol0,05mg (Evanor, Neovlar)

Levonogestrel 0,15+etinilestradiol0,03mg (Microvlar, Nordette);

5.8.2 MECANISMO DE AÇÃO

O mecanismo de ação da anticoncepção oral de emergência não está completamente esclarecido. Vários mecanismos podem intervir, dependendo do período do ciclo em que ocorre a relação sexual desprotegida e a tomada das pílulas. Os mecanismos mais estudados são a inibição e o retardo da ovulação, a alteração na função do corpo lúteo, a interferência no transporte ovular e na capacitação de espermatozoides, e fatores que interferem na fertilização. Teoricamente, também poderia haver interferência na implantação, mas esse mecanismo não foi documentado.

IMPORTANTE: A anticoncepção oral de emergência não tem nenhum efeito após implantação ter se completado. Não interrompe uma gravidez em andamento.

5.8.3 EFICÁCIA

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

5.8.4 EFEITOS COLATERAIS

Os efeitos colaterais mais comuns são: náuseas, vômitos, tontura, fadiga, cefaléia, mastalgia, diarreia, dor abdominal e irregularidade menstrual.

5.8.5 RISCOS

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

5.8.6 INDICAÇÃO

- Estupro;
- Ruptura do condom;
- Deslocamento do DIU;
- Situações de esquecimento de tomar mais de duas pílulas ou esta atrasada há mais de duas semanas para os injetáveis ou relação sexual desprotegida.

IMPORTANTE: A anticoncepção de oral de emergência não é tão eficaz como os outros métodos anticoncepcionais. O método não deve ser utilizado regularmente no lugar de um outro método;

A eficácia da anticoncepção oral de emergência é maior quanto mais precoce for seu uso, ou seja, quanto menos tempo decorrer entre o coito e a primeira dose;

Se a mulher utilizar cartelas com 28 pílulas, ela deve certificar-se de que estará tomando as pílulas ativas(hormonais);

Se quiser, ela devera iniciar outro método imediatamente, tal como condom, anticoncepcionais orais combinados e outros ou evitar relações sexuais ate iniciar o método escolhido.

5.8.7 TÉCNICA DE USO:

Iniciar seu uso até 72 horas após uma relação sexual sem proteção anticoncepcional, mas quanto mais precocemente se administra, maior a proteção.

Avaliar com cuidado a possibilidade de gravidez. Se a mulher estiver grávida, não prescrever anticoncepção de emergência.

- Explicar o que é o método, seus efeitos secundários e sua eficácia. Essa orientação deve abranger informações acuradas e adequadas permitindo a tomada de decisão baseada em informações, traduzindo a “escolha livre e informada”;
- As pílulas podem ser usadas em qualquer momento do ciclo menstrual, porém no tempo mais próximo possível da relação sexual desprotegida, para maior eficácia, orientar a importância de tomar a segunda dose 12 horas após a primeira;
- Explicar que após tomar as pílulas a menstruação poderá ocorrer até dez dias antes ou depois da data esperada;
- Fornecer a medicação adotada de acordo com a tabela ao lado.

5.8.8 ESQUEMA POSOLÓGICO:

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

5.9 DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Os dispositivos intra-uterinos são artefatos de polietileno, que, quando com adição de substâncias metálicas ou hormonais, são utilizados com a finalidade anticonceptiva, quando colocados dentro da cavidade uterina.

Os DIU's podem ser classificados basicamente em duas categorias:

DIU's não medicados (ou inertes) – não contêm ou não liberam substâncias ativas: são unicamente constituídos de polietileno.

DIU's medicados (ou ativos) – além de matriz de polietileno, contêm substâncias (metais ou hormônios) que exercem ação bioquímica local, agindo como anticonceptivo. Dos DIU's medicados, os mais utilizados são os que contêm cobre.

MECANISMO DE AÇÃO:

O exato mecanismo de ação dos DIU's ainda não está perfeitamente definido.

Porém, têm-se identificado diversos efeitos que os DIU's com cobre produzem no aparelho genital feminino, que são responsáveis, ao menos em parte, pelo efeito anticoncepcional destes dispositivos como:

- Alterações do conteúdo celular, que interferem na capacitação e transporte espermático.
- Efeito do cobre sobre o muco cervical e espermatozóides interferindo sobre a migração e vitalidade dos mesmos.
- O cobre também afeta a vitalidade e o transporte do óvulo na trompa.
- Reação do organismo contra corpo estranho, que provoca alterações morfológicas e bioquímicas no endométrio, impedindo a nidação/ implantação do óvulo fecundado;

Momento da Inserção:

O momento habitual da inserção é durante ou logo após a menstruação (preferencialmente até o 5º dia do ciclo), porque estando o canal cervical mais dilatado, a aplicação do DIU é mais fácil e menos dolorosa, além de evitar a colocação em mulher com gestação inicial.

No entanto, o DIU pode ser inserido em qualquer época, desde que se assegure que a paciente não esteja grávida.

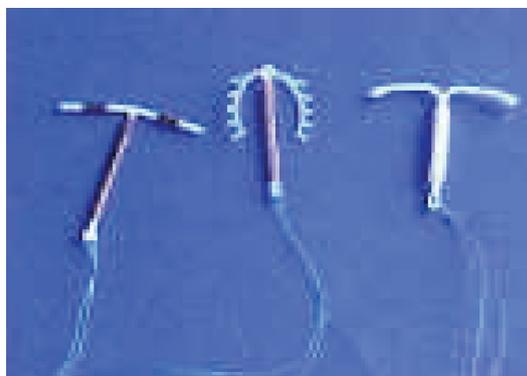
No pós-parto é recomendável a inserção à partir de 6 semanas.

O DIU pode também ser inserido logo após a curetagem por um abortamento não infectado. Deve-se ter maior cautela na mulher que amamente por existir maior risco de perfuração uterina.

A re-inserção pode ser realizada no mesmo ato da extração de um DIU vencido.

TIPOS, DURAÇÃO RECOMENDADA E TAXA DE FALHA DOS DIUS DISPONÍVEIS NO BRASIL		
DIU COM COBRE	DURAÇÃO RECOMENDADA	TAXA DE FALHA EM 1 ANO POR 100 MULHERES
TCU 200	3 anos	2,3
TCU 380 ^a	10 anos	0,3
Cu T 280	5 anos	3,3
ML Cu 250	3 anos	1,2
ML Cu 375	5 anos	1,4

*O diu disponível em nossa rede e o TCU 380A.



Tcu 380A, MLCu 375, SIU - LNG

<http://www.afh.bio.br/img/Reprod14.jpg>

CONTRA-INDICAÇÕES:

São contra-indicações absolutas do uso do DIU:

- Neoplasias malignas do colo ou corpo do útero;
- Sangramento uterino de causa desconhecida;
- Suspeita de gravidez;
- Doença inflamatória pélvica ativa;
- Malformação uterina congênita;
- Coagulopatias;

- Cervicite aguda;
- Risco ou presença de DST (doenças sexualmente transmissíveis);
- História de doença inflamatória pélvica desde a última gravidez.

PRECAUÇÕES:

- Hipermenorréia;
- Anemia;
- Leucorréia;
- Múltiplos parceiros sexuais;
- Nuliparidade;
- Gravidez ectópica prévia;
- Estenose do canal cervical;
- Doença cardíaca reumática;
- Terapia imunossupressiva;
- Alergia ao cobre.

COMPLICAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS:

Sangramento aumentado: é a queixa mais comum nas usuárias de DIU. Aproximadamente 4 a 8% solicitam extração por esta causa. Em geral, corre a diminuição do volume com o tempo de uso. Raramente, dor hipogástrica acompanha o sangramento.

Expulsão: é mais freqüente ocorrer nos três primeiros meses de uso, principalmente durante a menstruação; a freqüência varia entre 3 a 9% e é influenciada pela técnica de inserção. É mais freqüente em mulheres jovens e nulíparas.

Doença inflamatória pélvica: as usuárias de DIU têm um pequeno aumento no risco de desenvolverem doença inflamatória pélvica nos primeiros seis meses de uso. Este aumento relaciona-se ao comportamento sexual da usuária e de seu parceiro.

Gravidez: varia de 1 a 4% por ano nos DIU's com cobre. Os DIU's de segunda geração com maior quantidade de cobre (TCu 380 e 375) apresentam índices de falha de 1% ou menos.

INDICAÇÃO E EXTRAÇÃO:

Deve ficar claro que a mulher tem o direito de solicitar e obter a extração do DIU em qualquer momento seja por causas médicas ou pessoais.

Além dos casos em que a paciente solicita a extração, a medição deverá realizá-la nos casos de:

- Gravidez, desde que os fios estejam acessíveis;
- DIP ativa;
- Expulsão parcial;
- Sangramento excessivo que possa comprometer o estado geral da mulher;
- Vencimento do prazo de validade do DIU.

5.10 ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

A esterilização cirúrgica é um método anticoncepcional para evitar a gravidez definitivamente.

Pode ser feita no homem ou na mulher.

No homem chama-se vasectomia e na mulher, laqueadura ou ligadura das trompas.

Obs: A atual legislação preconiza que para ser indicada a esterilização cirúrgica, esta deve ser uma decisão voluntária, e que obedeça os seguintes critérios: ser homem ou mulher com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou com pelo menos dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico.

5.10.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE NO BRASIL

Em 12 de janeiro de 1996, foi promulgada a lei número 9.263, que dispõe sobre o Planejamento Familiar.

ARTIGO 10:

Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- I. Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre as manifestações da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;
- II. Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhando em relatório escrito e assinado por dois médicos.

§ 1º - É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

§ 2º - É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

§ 3º - Não será considerada a manifestação da vontade, na forma do § 1º, expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

§ 4º - A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através de histerectomia e ooforectomia.

§ 5º - Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

§ 6º - A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Fonte: Diário Oficial, nº 10, seção 1, 15 de janeiro de 1996.

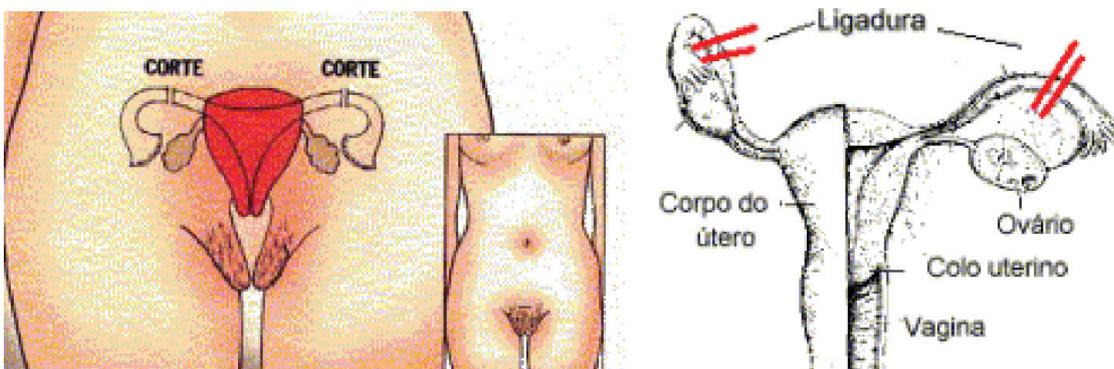
5.10.2 A ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA

Também conhecida como ligadura de trompas ou laqueadura tubária, é um procedimento que visa impedir, de maneira praticamente definitiva, a capacidade procriativa da mulher, através da obstrução mecânica das trompas, ou seja, impede o encontro do óvulo com o espermatozóide e, portanto, a fertilização natural.

O método é considerado permanente, portanto, deve ser amplamente avaliado pela mulher ou casal. Com o avanço da medicina, a reversão é possível mas de difícil acesso à população, devido a seu custo.

É indicado para mulheres que desejam ou necessitam de anticoncepção de alta eficácia, e que tenham certeza que não desejarão engravidar mais.

Deve-se ter especial precaução quanto à indicação deste método durante o ciclo gravídico-puerperal, considerando as alterações hormonais e/ou emocionais que podem estar presentes neste período.



www.afh.bio.br/img/laqueadura.png

INDICAÇÃO:

- Hipertensão arterial crônica grave de difícil controle;
- Doença renal crônica de difícil reversibilidade e controle insatisfatório;
- Diabetes Mellitus instável com manifestações vasculares evidentes;
- Problemas cardíacos crônicos e severos;
- Doença pulmonar irreversível
- Doença maligna em geral;
- Determinados tipos de anemia;
- Doenças físicas ou mentais de caráter hereditário;

Outros casos que aumentam o risco reprodutivo, como por ex. 30 anos, cesáreas prévias, multiparidade, etc.

CONTRA-INDICAÇÕES:

- Casais ou indivíduos não preparados psicologicamente ou não suficientemente informados quanto à natureza e conseqüências do procedimento;
- Estados mórbidos (doente) ou situações condicionantes de grave risco cirúrgico.

EFICÁCIA:

A eficácia é de 99 a 99,8% de garantia ou 0,1 ou menos de falhas por 100 mulheres por ano.

OBS: a mulher continua ovulando e menstruando normalmente. O óvulo maduro é absorvido nas trompas ou cavidade abdominal.

5.10.3 A ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA MASCULINA, OU VASECTOMIA

É a obstrução cirúrgica voluntária dos canais deferentes.

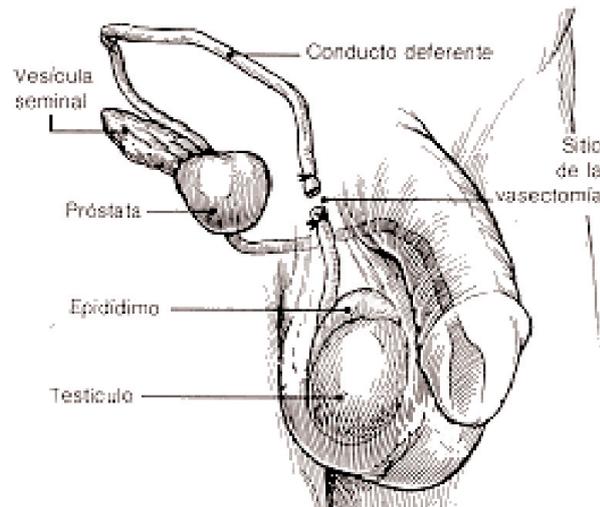
Mesmo obstruindo os canais deferentes, o homem continua expelindo o sêmen, que, por não conter mais os espermatozoides, não fecundam a mulher.

Os tubos seminíferos continuam produzindo espermatozoides e os mesmos serão absorvidos no próprio local.

É uma cirurgia considerada relativamente simples, com duração de poucos minutos e não necessitando de anestesia geral e nem de repouso especial após a cirurgia.

Porém, é recomendado evitar exercícios físicos durante uma semana no período pós-cirúrgico.

Durante os três primeiros meses após a cirurgia, é necessário usar preservativo em todas as relações sexuais, pois leva algum tempo até que todos os espermatozoides que estavam no canal deferente sejam eliminados ou até que o espermograma acuse a ausência de espermatozoides.



<http://www.tusalud.com.mx/images/vasectomia.gif>

INDICAÇÕES:

- Homens com proles definidas que desejam o método;
- Homens sem prole definidas que desejam o método, cujas mulheres tenham patologias de moderada ou alta gravidade;
- Homens que desejam o método cujas mulheres tenham alto risco reprodutivo ou cirúrgico.

EFICÁCIA:

99,5 a 99,8% de garantia ou 0,2 à 0,5 de falha por 100 mulheres por ano.

6. A OPERACIONALIZAÇÃO NO MUNICÍPIO

O nosso serviço oferece laqueadura ou vasectomia pela referência em Planejamento Familiar no CISMEPAR, para onde devem ser encaminhados os pacientes que possuem encaminhamento médico para a adoção do método, e que já passaram por uma orientação em planejamento familiar na unidade de saúde.

Lembramos ainda que gestantes, a partir do terceiro mês de gestação poderão ser encaminhadas para atendimento no programa de planejamento familiar da Maternidade Municipal, conforme fluxo próprio. (Anexo 7).

IMPORTANTE: a laqueadura e a vasectomia são irreversíveis, por isso é importante que o casal esteja consciente e bem orientado quanto à escolha do método, a fim de evitar problemas psicológicos e emocionais.

7. OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO PUERPÉRIO

No período puerperal, a duração do período anovulatório e da amenorréia relaciona-se com a amamentação, quanto à duração e frequência, bem como se é exclusiva ou mista com outros alimentos.

A amamentação exclusiva deve ser recomendada até seis meses de idade da criança, sendo que neste caso, a taxa de ocorrência de gravidez da mãe é de 1,8%. Porém este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno da ovulação e posterior menstruação, e também quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê.

Nos casos em que não houver amamentação, a fertilidade retorna num período estimado de 1 a 2 meses após o parto, sendo que a ovulação pode ocorrer em até 40 dias.

Para o fornecimento de métodos anticoncepcionais seguros e eficazes para as mulheres que amamentam, deve-se considerar:

- A preferência pessoal da mulher;
- O tempo pós-parto;
- O padrão da amamentação;
- O retorno ou não da ovulação / menstruação;
- A disponibilidade e conveniência dos diferentes métodos;
- Os efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Seguem algumas considerações sobre métodos contraceptivos utilizados no período puerperal:

MÉTODOS	MULHERES QUE AMAMENTAM	MULHERES QUE NÃO AMAMENTAM
LAM – método da amenorréia na lactação (amamentação exclusiva + amenorréia + período até 06 meses após o parto)	No aleitamento materno exclusivo, durante os 06 primeiros meses após o parto, as taxas de gestação são em torno de 1,8% em mulheres amenorréicas.	
Método da Ovulação Billings	Através de observações diárias do padrão de fertilidade detectado pela presença ou não do muco cervical, bem como da umidade vaginal. Indicado para mulheres com conhecimento anterior do método. Obs: se o casal desejar iniciar o uso neste período, este poderá ser associado a outro método.	Através de observações diárias do padrão de fertilidade detectado pela presença ou não do muco cervical, bem como da umidade vaginal. Indicado para mulheres com conhecimento anterior do método. Obs: se o casal desejar iniciar o uso neste período, este poderá ser associado a outro método.
BARREIRA	Condom masculino ou feminino– uso em todas as relações sexuais. Sugerir o uso de lubrificadores. Diafragma – em todas as relações sexuais. Fazer nova medição do tamanho, após 6 a 08 semanas após o parto.	Condom masculino ou feminino– uso em todas as relações sexuais. Sugerir o uso de lubrificadores. Diafragma – em todas as relações sexuais. Fazer nova medição do tamanho, após 6 a 08 semanas após o parto.
DIU	Inserido logo após a dequitação da placenta ou pela histerotomia, se o parto for cesariana, ou até 48 horas do parto. Fora desse período deve ser colocado após 06 semanas do parto.	Também após dequitação ou pós-parto. Inserido na 1ª menstruação ou 06 semanas após o parto.
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COM PROGESTOGÊNIO ISOLADO	Minipílula.- recomendado após 06 semanas após o parto Injetável trimestral – recomendado após 6 semanas do parto.	Minipílula – Injetável trimestral– Início imediato ou a qualquer momento durante as seis primeiras semanas após o parto.
MÉTODO OGINO-KNAUS OU TABELINHA	Método de difícil controle devido ao período anovulatório e amenorreico da lactação.	O método do calendário deve ser indicado a partir de 6 ciclos menstruais após o parto
TEMPERATURA CORPORAL BASAL	Método de difícil controle devido ao período anovulatório e amenorreico da lactação.	Em alguns casos pode ser utilizado em associação ao MOB (Método da Ovulação Billings).
ANTICONCEPCIONAL HORMONAL COMBINADO	Pílula combinada ou injetável mensal – Seu uso entre as lactantes deve ser evitado até o sexto mês pos parto ou até que a criança esteja ingerindo outros alimentos (o que acontecer primeiro)	Pílula combinada ou injetável mensal – iniciar no terceira ou sexta semana após o parto. Não sendo necessário esperar pelo retorno das menstruações para iniciar seu uso.

8. OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA ADOLESCÊNCIA

A Adolescência é uma fase que acarreta importantes mudanças bio-psico-sociais e que determina especificidades emocionais e comportamentais que repercutem na saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes de ambos os sexos.

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

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

A qualidade dessa atenção pressupõe, minimamente:

- Boa comunicação, com linguagem simples e sem julgamentos morais ou valorativos;
- Privacidade no atendimento e confidencialidade das informações;
- Facilidade de acesso aos serviços;
- Profissionais qualificados para a especificidade do atendimento;
- Ênfase na parte educativa, em grupo, com metodologia que motive mudanças de comportamentos;
- Atendimento para ambos os sexos;
- Atenção especial às faixas etárias mais precoces (10 a 14 anos), quando na unidade ou na região se registra aumento de gestação nessa faixa etária;
- Os/as adolescentes são o centro de interesse no atendimento, os pais ou familiares só estarão presentes se ele ou ela permitir.

O atendimento de adolescentes e a prescrição de anticoncepcionais têm gerado muita polêmica quanto aos seus aspectos éticos e legais. A Constituição Federal em seu artigo 226, parágrafo 7º diz que: “Fundado nos princípios da dignidade da pessoa humana e da paternidade responsável, o planejamento familiar é livre decisão do casal, competindo ao Estado propiciar recursos educacionais e científicos para o exercício desse direito, vedada qualquer forma coercitiva por parte de instituições

oficiais ou privadas”. O artigo 227 também trata do assunto estabelecendo que: “É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao lazer, à profissionalização, à dignidade, ao respeito, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade, e opressão”.

A Lei nº 8080 define que saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

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

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

Além do ECA, o Código de Ética Médica resguarda o direito ao sigilo, como mostra o capítulo a seguir:

8.1. O Segredo Médico

É vedado ao médico:

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

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

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

- A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento médico do jovem, seja em consulta de matrícula ou nos retornos.

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

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

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

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

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BILLINGS, Evelyn L.; BILLINGS, John J.; CATARINICH, Maurice. Atlas billings do método de ovulação. São Paulo: Santuário, 1993. 108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência ao planejamento familiar. Brasília: MS, 1996. 165 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência ao planejamento familiar. Brasília M.S.,2002-152 p.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. Planejamento familiar e risco reprodutivo. Curitiba: SMS, 2002. 87p. (Programa Mãe Curitibana).

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Relatório sobre contraceptivos hormonais orais. São Paulo: FEBRASGO, 1981. 32 p.

_____. Anticoncepção: manual de orientação. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 1997. 89 p.

_____. Anticoncepção: manual de orientação. Rio de Janeiro: FEBRASGO, 1997.127 p.

_____. Anticoncepção: manual de orientação. Rio de Janeiro;FEBRASGO,2004 308 p.

GUYTON, Arthur C. Tratado de fisiologia médica. 7.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1986. 830 p.

HATCHER, Robert A et al. Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção. Campinas, 2001. 150p.

INSTITUTO PRÓ - FAMÍLIA. Filhos, como planejá-los: associação prática e eficaz dos métodos naturais. Rio de Janeiro: IPF, 2000. 79p.

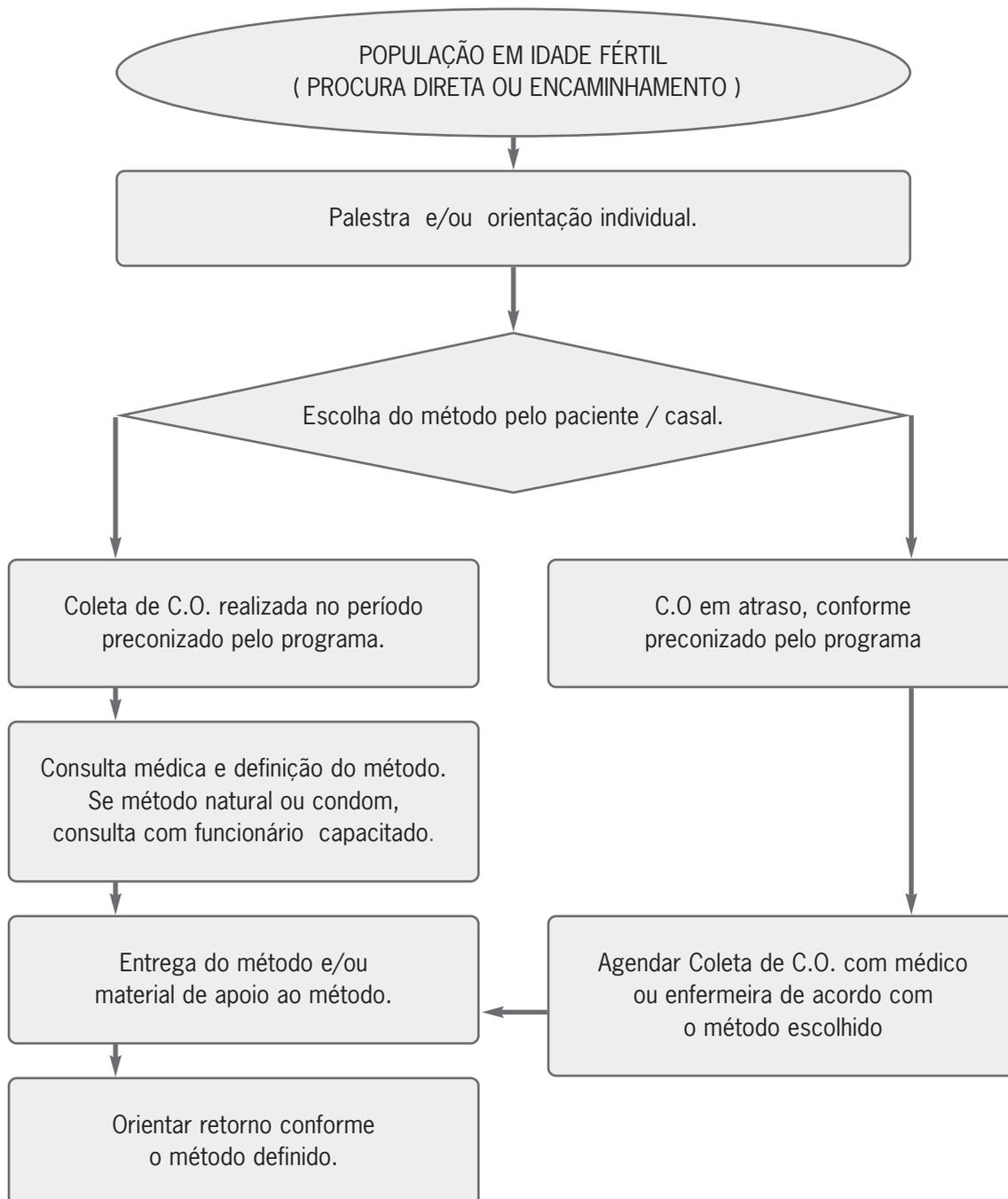
LONDRINA. Autarquia Municipal de Saúde. Projeto: programa de planejamento familiar. Londrina: AMS, 1997. 28p.

www.saudeemmovimento.com.br

10. ANEXOS

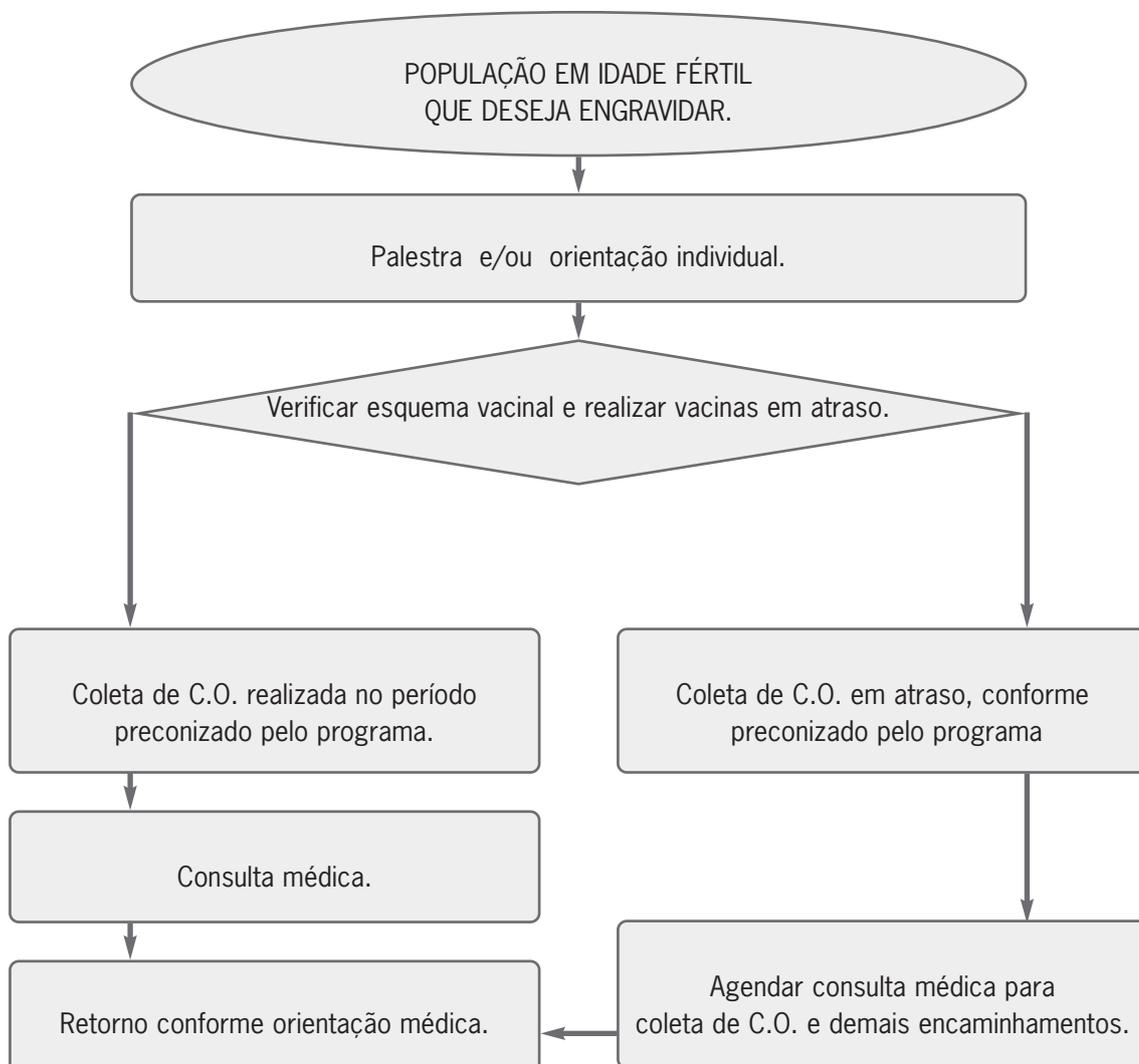
Anexo 1

FLUXOGRAMA PARA ANTICONCEPÇÃO



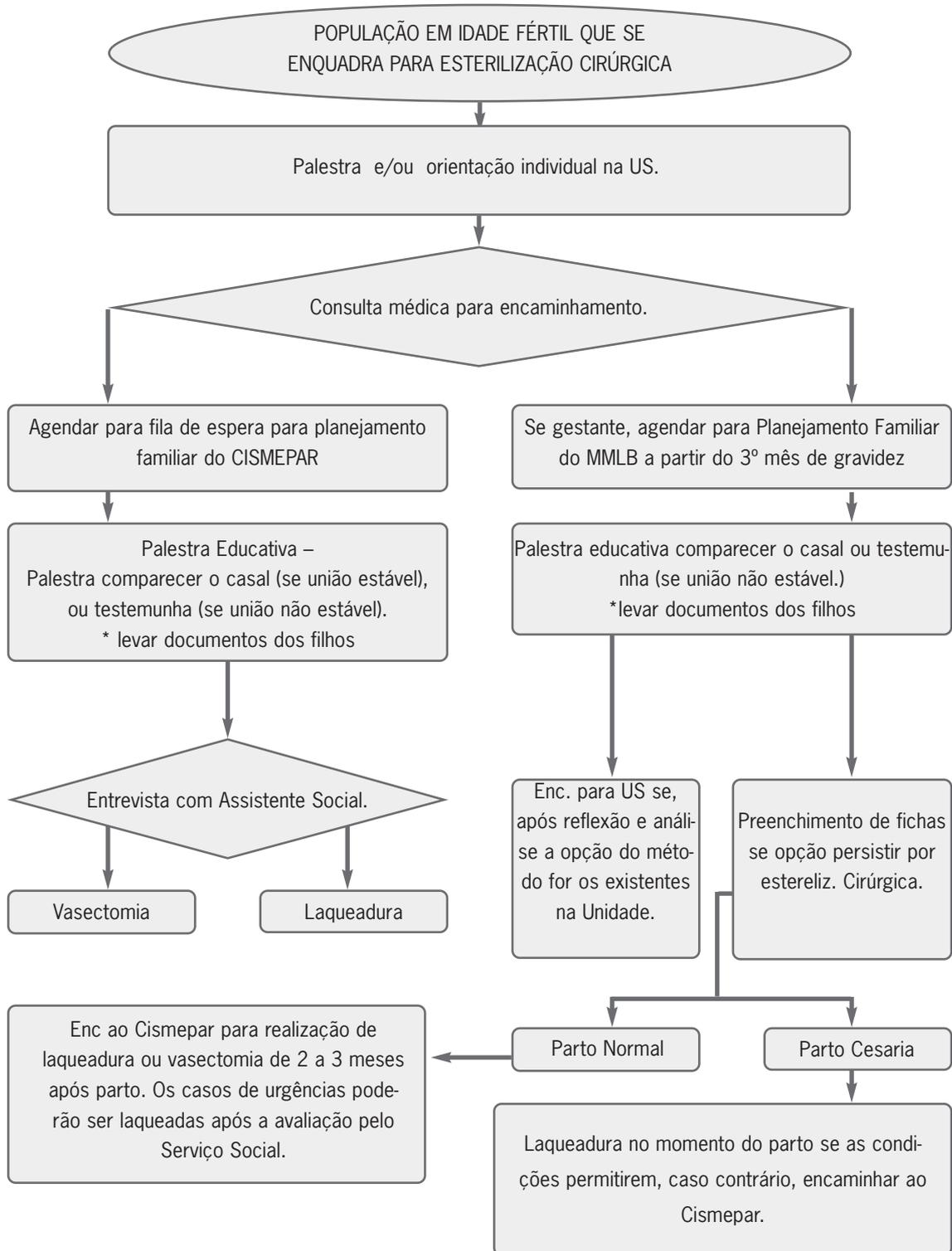
Anexo 2

FLUXOGRAMA PARA CONCEPÇÃO



Anexo 3

Fluxograma para Esterilização Cirúrgica



Anexo 4

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA USUARIAS DE DIU

Eu _____, matriculada sob o n.º _____, nesta Unidade de Saúde, declaro que, de livre e espontânea vontade, consenti em submeter-me a inserção do Dispositivo Intra-uterino(DIU), após receber informações detalhadas a respeito da existência e disponibilidade de outros métodos anticoncepcionais reversíveis e cientificamente aprovados. Especificamente com relação ao DIU, estou ciente e de acordo com as seguintes informações a mim fornecidas:

- procedimento de inserção do DIU, seus efeitos no organismo e sua ação anticoncepcional;
- grau de eficácia, incluindo possibilidade ocasional de falha ou expulsão, parcial ou total;
- vantagens e desvantagens do DIU;
- prazo de validade do produto, prazo de permanência no útero e necessidade de revisões médicas periódicas;
- eventuais complicações do uso do método;
- precauções, incluindo a não realização de tratamentos com ondas curtas nas áreas abdominal e sacra, pela possibilidade de queimadura causada pelo aquecimento do metal do DIU;
- garantia do meu direito de solicitar e obter a retirada do DIU em qualquer momento que desejar.
- o método não oferece proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis, sendo recomendada à associação do preservativo masculino como método combinado.

Tive também, a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias sobre o assunto, recebi informações escritas, considero que todas as minhas dúvidas foram respondidas e devidamente esclarecidas.

Local: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura da cliente

N.º Identidade: _____ Órgão expedidor: _____

Assinatura e carimbo do(a) médico(a)

Anexo 5

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS TRIMESTRALMENTE

Eu, _____ matriculada sob o numero _____, neste serviço, declaro que, de livre e espontânea vontade, consenti em submete-me à aplicação de anticoncepcional injetável trimestral, depois de ter recebido informações detalhadas sobre a existência e a disponibilidade de outros métodos anticoncepcionais, cientificamente comprovados e aprovados pelo Ministério da Saúde, e ainda, com referencia aos injetáveis trimestrais, esclarecimentos específicos, tais como:

- atuação do método no organismo;
- grau de eficácia, incluindo possibilidade ocasional de falha;
- vantagens e desvantagens;
- efeitos colaterais;
- sinais de alerta, que demandam consulta imediata de medico;
- possibilidade de interromper o método a qualquer momento que desejar

Recebi informações sobre o método, tive a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias sobre o assunto, e considero que todas as minhas duvidas foram esclarecidas.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura da Cliente

Doc. de Identidade numero _____ Órgão exp.: _____

Carimbo do médico

Anexo 6

TERMO CONSENTIMENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS MENSAIS

Eu, _____ matriculada sob o numero _____, neste serviço, declaro que, de livre e espontânea vontade, consenti em submeter-me à aplicação de anticoncepcional injetável mensal, depois de ter recebido informações detalhadas sobre a existência e a disponibilidade de outros métodos anticoncepcionais, cientificamente comprovados e aprovados pelo Ministério da Saúde, e ainda, com referencia aos injetáveis mensais, esclarecimentos específicos, tais como:

- atuação do método no organismo;
- grau de eficácia, incluindo possibilidade ocasional de falha;
- vantagens e desvantagens;
- efeitos colaterais;
- sinais de alerta, que demandam consulta imediata de medico;
- possibilidade de interromper o método a qualquer momento que desejar.

Recebi informações sobre o método, tive a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias sobre o assunto, e considero que todas as minhas duvidas foram esclarecidas

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura da Cliente

Doc. de Identidade numero _____ Órgão exp.: _____

Carimbo do médico