

01

INTRODUÇÃO

Consiste em medidas contraceptivas e pró-gestação, alcançadas por meio de orientação adequada oferecida por equipe multidisciplinar, treinada para esse fim.

A eleição do melhor método a ser usado é realizada pelo/a paciente, após receber informação sobre os diferentes métodos disponíveis, seus riscos e benefícios, vantagens e desvantagens. E então, o médico deverá privilegiar essa opção. Os critérios de elegibilidade da Organização Mundial da Saúde (OMS) auxiliam na escolha do melhor método contraceptivo, principalmente em mulheres cuja condição clínica possa ser agravada pelo uso de anticoncepcionais, ou cujas medicações de uso habitual possam interferir na eficácia do método, ou ter sua

eficácia reduzida por ele, gerando gestações indesejadas ou piora das doenças de base.

Categoria dos métodos anticoncepcionais, segundo a OMS:

- 1:** Sem restrição ao uso;
- 2:** Benefícios do uso são maiores que os riscos;
- 3:** Riscos teóricos e comprovados do uso são maiores que os benefícios;
- 4:** O uso representa um risco de saúde inaceitável.

Índice de Pearl: utilizado para calcular a taxa de "falha" de cada método contraceptivo e calculado pelo número de gestações ocorridas em 100 mulheres que usam o método em um período de 12 meses.

02

MÉTODOS HORMONAIS

ORAIS

TIPOS

Monofásicos (todos os comprimidos têm a mesma dosagem de medicamentos);

Bifásicos (2 dosagens diferentes na cartela);

Trifásicos (3 dosagens);

Regime dinâmico de doses (Qlaira®).

COMPOSIÇÃO

São compostos de 2 esteroides (etinilestradiol ou estrogênio natural + progestogênio) ou de progestogênio exclusivamente.

MECANISMO DE AÇÃO	Inibição da ovulação (a progesterona impede o pico de LH, e o estrogênio inibe a produção e a liberação de FSH, impedindo o crescimento folicular e estabilizando o endométrio);
	<p>Espessamento do muco cervical, dificultando a penetração e a ascensão dos espermatozoides; alterações endometriais (hipotrofia/atrofia); redução da motilidade tubária (ações dependentes principalmente da progesterona).</p> <p>Há falha de 0,1 gestação por 100 mulheres/ano (uso ideal) e de 6 a 8 gestações por 100 mulheres/ano (uso rotineiro). Alguns estudos sugerem índice de Pearl de 0,2 a 0,3 gestação por 100 mulheres/ano (uso ideal) e de 3 a 5 gestações por mulheres/ano (uso habitual).</p>
EFICÁCIA	
EFEITOS COLATERAIS	Náuseas;
	Mastalgia;
	Cefaleia;
	Edema (aumento do substrato de renina com ativação do sistema renina-angiotensina-aldosterona – vasoconstrição, retenção de sódio e água);
	Acne;
	Irregularidade menstrual (escape);
	Alterações de humor;
	Depressão;
	Diminuição da libido (aumento de globulina ligadora de hormônios sexuais);
	Maior ocorrência de eventos tromboembólicos (devido ao estado de hipercoagulabilidade promovido pelo componente estrogênico). Leva a aumento de fatores de coagulação (VII e XII) e redução de antitrombina III e PAI-1;
Aumento de resistência insulínica e redução da tolerância à glicose (componente pro-gestogênico);	
A intensidade dos efeitos depende da dosagem hormonal e do tipo de progestogênio utilizado.	
EFEITOS BENÉFICOS	<p>Proteção contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Gestação ectópica; • Câncer de ovário (especialmente linha epitelial); • Câncer de endométrio; • Moléstia inflamatória pélvica aguda; • Alterações fibrocísticas benignas da mama; • Miomas; • Endometriose.

<p>EFEITOS BENÉFICOS</p>	<p>Outros efeitos benéficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Regularidade menstrual; • Coadjuvante no tratamento de dismenorreia e da anemia ferropriva.
<p>CONTRAINDICAÇÕES</p>	<p>Tabagistas com mais de 35 anos;</p>
	<p>Hipertensão arterial;</p>
	<p>Doença cardiovascular;</p>
	<p>Acidente vascular cerebral prévio;</p>
	<p>Trombose venosa profunda ou embolia pulmonar prévia ou trombofilia conhecida (es-trogênio + progestogênio);</p>
	<p>Diabetes mellitus grave;</p>
	<p>Doença hepática ativa (colestase associada a ACOH, hepatite viral ativa, cirrose);</p> <p>Enxaqueca com aura;</p>
<p>PARTICULARIDADES</p>	<p>Colecistopatia atual em tratamento clínico;</p>
	<p>Uso de medicamentos que interfiram na absorção, como, por exemplo, alguns anti-bióticos e anticonvulsivantes; Os anticonvulsivantes que têm reação cruzada com a pílula anticoncepcional são os indutores fortes da CYP 3A4. A CYP 3A4 é uma enzima hepática que metaboliza a carbamazepina, oxcarbamazepina, topiramato, primidona, fenitoína e fenobarbital. Os métodos administrados por via oral e os que contêm etinilestradiol são proscritos para estas pacientes.</p>
	<p>Gestação;</p> <p>Amamentação (<6 semanas pós-parto);</p> <p>Imobilização prolongada;</p> <p>Câncer de mama.</p> <p>Contraceptivos orais compostos exclusivamente de progestogênios agem basicamente pelo espessamento do muco cervical + alteração de motilidade tubária + alteração endometrial, inibindo a ovulação em somente metade das pacientes. São indicados na amamentação (os estrogênios pioram a quantidade e a qualidade do leite e, por isso, não são recomendados) e em patologias que contraindiquem os estrogênios. Desogestrel 75µg é composto exclusivamente por progestogênios e tem ação anovulatória.</p>

INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	Algumas drogas reduzem o efeito contraceptivo se administradas com os contraceptivos orais: rifampicina, carbamazepina, fenitoína, fenobarbital, griseofulvina e barbitúricos. Cefalosporinas e antirretrovirais também podem ser listados neste grupo. Outras sofrem redução no seu efeito terapêutico quando usadas junto aos contraceptivos orais: guane-tidina, insulina e dicumarol. Fármacos que podem ter potencialização do efeito: an-ti-hipertensivos, benzodiazepínicos, ISRS, hipolipemiantes e corticosteroides.
MODO DE USAR	Iniciar sempre no 1º dia da menstruação, e a duração varia pelo tipo de pílula utilizada, sendo que no modelo de 21 dias é necessário fazer pausa de 7 dias e retomar o uso no dia correspondente ao 8º dia após a pausa. Nos modelos de 28 dias, o uso da pílula é contínuo. Pílulas só de progesterona são de uso contínuo e sem pausas.

INJETÁVEIS

MENSAIS OU TRIMESTRAIS	Os mensais são combinados (estrogênios naturais e progestogênios) e os trimestrais são exclusivamente de progestogênios.
MECANISMO DE AÇÃO	Os mensais são semelhantes aos contraceptivos orais, com inibição da ovulação e espessamento do muco cervical.
EFICÁCIA	Alta, com índice de falha entre 0,1 e 0,3 gestação por 100 mulheres/ano; o uso rotineiro aproxima-se do uso ideal. Vantagem posológica.
EFEITOS COLATERAIS	Os mais comuns são sangramento irregular, amenorreia e ganho de peso. Tais efeitos são encontrados, com maior frequência, nos injetáveis trimestrais, juntamente com o retorno mais demorado à fertilidade. Nos casos de contraceptivos mensais, os efeitos colaterais são semelhantes aos dos contraceptivos orais, porém com menor efeito metabólico (estrogênio natural + administração parenteral que elimina efeito de 1ª passagem hepática).
CONTRAINDICAÇÕES	Injetáveis mensais: idênticas às dos contraceptivos orais; Injetáveis trimestrais (somente progestogênio): quase inexistentes (única condição critério 4 é câncer de mama); é o método de escolha para pacientes com patologias graves, como doenças reumatológicas e cardíacas, e pacientes no puerpério e em amamentação.

TRANSDÉRMICOS, IMPLANTE E ANEL VAGINAL

**CARACTERÍSTICAS
DOS TRANSDÉRMICOS
(EVRA®) E ANEL
VAGINAL (NUVARING®)**

São compostos de estrogênios sintéticos e progestogênios (não têm a 1ª passagem hepática);

Têm vantagem posológica (1 adesivo por semana por 3 semanas, pausa de 1 semana; 1 anel a cada 21 dias, pausa de 7 dias);

Contraindicações: as mesmas dos contraceptivos orais;

Efeitos colaterais, benefícios e eficácia: semelhantes aos dos contraceptivos orais (menor sensibilidade gástrica devido à via de administração).

**CARACTERÍSTICAS
DOS IMPLANTES
(IMPLANON®)**

Contêm exclusivamente progestogênio, que é liberado em microdoses diárias;

Ação por inibição da ovulação, espessamento do muco cervical e alterações endometriais;

Alta eficácia, com taxa zero de gestação em 3 anos de seguimento;

Efeitos colaterais mais comuns, que levam à interrupção do método: sangramento vaginal irregular, alterações de humor, cefaleia e diminuição da libido;

Possível uso por praticamente todas as pacientes que se adaptem ao método;

Contraindicações: gestação, sangramento genital não diagnosticado, câncer de mama, doença hepática ativa;

Necessária troca a cada 3 anos.

SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG)

Sistema que libera progestogênio continuamente no útero e age por alteração no muco cervical e por efeitos endometriais diretos (supressão da camada funcional). Não são anovulatórios, podendo ser encontradas ovulações em até 90% das usuárias.

Índice de Pearl: 0,1.

Contraindicações: gestação, distorção severa da cavidade endometrial, infecção genital aguda, recente ou recorrente, doença hepática

aguda ou tumor hepático, sangramento uterino anormal não diagnosticado.

Benefícios não contraceptivos: oligo/amenorreia (melhora da anemia por sangramento uterino anormal, benefícios em casos de menorragia), melhora de dor pélvica crônica e dismenorreia associadas a endometriose e adenomiose, tratamento conservador de hiperplasia endometrial, tratamento clínico de miomas uterinos que não distorcem a cavidade endometrial.

Riscos de inserção: similares ao DIU de cobre.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Indicada para relações sexuais desprotegidas (falha do uso da anticoncepção ou ausência do uso dela) e nos casos de violência sexual (em até 5 dias do evento – menor taxa de falha se uso em até 3 dias do evento).

Atua inibindo a ovulação ou um adequado desenvolvimento do corpo lúteo, do endométrio ou do muco cervical, ou alterando a fisiologia das tubas uterinas ou dos espermatozoides.

Na literatura existem relatos de gestação ectópica após falha deste método.

MÉTODOS:

- Yuzpe (etinilestradiol 50µg + levonorgestrel 250µg, 2 comprimidos, 12/12h; ou etinilestradiol 30µg + levonorgestrel 150µg, 4 comprimidos, 12/12h);
- Levonorgestrel 0,75mg, 12/12h, ou 1,5mg, dose única.

03

MÉTODOS NÃO HORMONAIS

MÉTODOS DE BARREIRA - IMPEDEM A FECUNDAÇÃO

PRESERVATIVO E CAMISINHA FEMININA

São os únicos métodos anticoncepcionais que protegem contra doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS;

Não apresentam contraindicações;

Recomendam-se mesmo quando associados a outro método contraceptivo;

Índice de falha: é baixo no uso ideal (3 gestações por 100 mulheres/ano), mas no uso rotineiro esses números se elevam (14 gestações por 100 mulheres/ano);

Efeitos colaterais: sintomas alérgicos em indivíduos sensíveis ao látex ou aos lubrificantes.

Tem baixa eficácia (6 a 20 gestações por 100 mulheres/ano);

Deve ser utilizado com espermicidas;

DIAFRAGMA

Contraindicações: antecedente de síndrome de choque tóxico e prolapso genitais importantes;

Pode mudar o "tamanho ideal" ao longo da vida; necessita avaliação ginecológica para checar o tamanho adequado;

Necessita de experiência da usuária para melhorar a eficácia.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

ÍNDICES DE FALHA
**TABELINHA
(OGI-NO-KNAUS)**
**COITO
INTERROMPIDO**
**MUCO CERVICAL
(BIL-LINGS)**
**TEMPERATURA
BASAL**
**MÉTODO
SINTOTÉRMICO**

São altos, pois dependem de intensa motivação do casal e conhecimento do próprio ciclo menstrual – saber identificar os períodos de maior risco de fecundação. Não têm riscos à saúde nem efeitos colaterais.

Baseia-se na abstinência periódica nos dias considerados férteis após o reconhecimento desse período (observar antes o ciclo por 6 meses, requer contínua anotação dos ciclos).

Consiste na ejaculação extravaginal e também tem altas taxas de falha.

Baseia-se na observação das características do muco cervical, mais fluido e elástico no período fértil, e requer autoexame diário.

Necessita de medidas diárias da temperatura oral, retal ou vaginal, em repouso, pela manhã; ovulação quando a temperatura se eleva em 0,5°C.

Associam-se os métodos do muco cervical e temperatura basal ou muco cervical e tabelinha.

04

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

MODELOS DISPONÍVEIS	Há o dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e o DIU medicado, com sistema liberador de levonorgestrel (SIU-LNG).
MECANISMO DE AÇÃO	Dificulta a passagem dos espermatozoides no trato reprodutivo feminino. Para a Organização Mundial da Saúde, o mecanismo é a interferência em etapas prévias à fertilização. Não seria método abortivo, pois não interferiria na implantação do blastocisto.
EFICÁCIA	Alta (0,3 gestação por 100 mulheres/ano). Deve ser trocado a cada 5 ou 10 anos (depende do modelo utilizado).
EFEITOS COLATERAIS	Compreendem dismenorreia, aumento do fluxo menstrual e sangramento intermenstrual. Dismenorreia moderada a severa (relativa); Fluxo menstrual volumoso (relativa);
CONTRAINDICAÇÕES	Alterações anatômicas (útero bicornu ou didelfo, septos longitudinal ou transversos); Anemia (relativa);

CONTRAINDICAÇÕES	Promiscuidade sexual (maior risco de doenças sexualmente transmissíveis);
	Moléstia inflamatória pélvica aguda atual, recente (<3 meses) ou recorrente;
	Infecção puerperal (pós-parto ou pós-aborto);
	Cervicite purulenta;
	Sangramento genital não esclarecido;
	Tuberculose pélvica;
	Câncer de colo uterino ou corpo uterino ou doença trofoblástica maligna; Alergia ao cobre.
DIU E GESTAÇÃO	<p>O DIU deve ser retirado imediatamente após o diagnóstico de gestação intrauterina para evitar o abortamento espontâneo. O uso de DIU reduz em 50% o risco de gestação ectópica em comparação a mulheres sem contracepção. Porém, em caso de gestação na presença de DIU, há maior chance de gestação ectópica do que gestação tópica.</p>
DIU E INFECÇÃO PÉLVICA	<p>O risco de aquisição de uma infecção pélvica numa mulher usuária de DIU ocorre apenas nos primeiros 20 dias após a inserção. Não é necessário usar antibioticoterapia nesse período ou antes da inserção. Deve-se remover o DIU em caso de endometrite ou abscesso túbulo-ovariano, associado ao tratamento antimicrobiano.</p>
INFORMAÇÃO IMPORTANTE	O DIU não é considerado abortivo, pois não interfere na implantação;
	Riscos: perfuração uterina, reflexo vasovagal e síncope durante colocação e expulsão pós-inserção (2 a 10%).

05 LACTAÇÃO E AMENORREIA

Inibição da função ovulatória nos 6 primeiros meses pós-parto, devido à hiperprolactinemia fisiológica e ao hipoestrogenismo decorrentes da amamentação;

- **Critérios:** aleitamento materno exclusivo e nutriz em amenorreia e no máximo 6 meses pós-parto (falha de 0,5 a 2 gestações por 100

mulheres/ano); 90% delas retornam à ovulação antes de retornar à menstruação;

- Ausência de efeitos colaterais;
- Estimulação da amamentação e do vínculo mãe-filho;
- **Contraindicações:** contra-indicações ao aleitamento materno.

06

MÉTODOS DEFINITIVOS DE ESTERILIZAÇÃO

LAQUEADURA TUBÁRIA

Realizada por meio de uma minilaparotomia, via vaginal ou por videolaparoscopia. Realização de ressecção de uma porção da tuba, colocação de anel tubário ou grampo;

Vedada esterilização por ooforectomia ou histerectomia;

Lei veta realização no pós-parto, pós-aborto ou durante cesárea, exceto em situações especiais avaliadas pelo médico;

Deve ser realizada fora do ciclo gravídico-puerperal;

Legislação brasileira:

- Só pode ser feita se a paciente tem plena capacidade civil, idade superior a 25 anos ou, pelo menos, 2 filhos vivos (sem considerar o feto da gestação em curso);
- Deve-se respeitar um intervalo mínimo de 60 dias entre a manifestação do desejo de laqueadura e a sua realização e obter consentimento pós-informado assinado e firmado da paciente ou do casal, caso ela tenha relação conjugal estável;
- Fora dessa situação, a LT só poderá ser realizada se a paciente estiver em risco de morte ou de agravo à saúde em gestações futuras, comprovado por um relatório assinado por 2 médicos.

VASECTOMIA

Alta eficácia (taxas de falha de 0,15 gestação por 100 homens/ano);

Possível reversão do método, porém com resultados pobres.