



CONTRACEPÇÃO NO PUERPÉRIO

A relação entre lactação e fertilidade é um importante aspecto em saúde pública. Um intervalo entre nascimentos de dois ou mais anos, melhora a sobrevivência infantil e a morbidade materna .

São aspectos importantes da consulta de planejamento familiar:

- Informação correta e clara.
- Acesso fácil aos insumos.
- Anamnese dirigida para afastar patologias que poderão interferir na escolha do método.
- Orientação quanto a reversibilidade do método.
- Adequação do método a ser adotado pelo casal (considerar prole, idade, nível cultural, dentre outros fatores).
- Incentivo ao aleitamento exclusivo, até o sexto mês pós-parto.

MÉTODO LAM (LACTAÇÃO-AMENORRÉIA)

- O aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de pós-parto garante o espaçamento das gravidezes (Consenso de Bellagio, 1988).
- O principal hormônio envolvido na biossíntese do leite é a prolactina, cuja concentração aumenta em resposta ao estímulo da amamentação. Este estado de hiperprolactinemia, faz com que o hormônio folículo-estimulante (FSH) e o hormônio luteinizante (LH) mantenham-se em níveis inferiores à normalidade.
- Para garantir a eficácia do método é fundamental obedecer a 3 regras básicas:
 - O bebê deve ter até 6 meses;
 - O aleitamento deve ser exclusivo ou quase exclusivo;
 - A nutriz deve estar em amenorréia.
- Nas nutrizes amenorreicas, a eficácia é cerca de 98% e nas nutrizes com menstruações presentes, o índice de falha é de 27,2 gravidezes em 100 mulheres/ano.

MÉTODOS DE BARREIRA

- Não exercem impacto sobre o aleitamento, sendo uma excelente escolha para o casal motivado.
- São as formas mais antigas de controle de concepção. Dentre os métodos de barreira, os mais conhecidos até hoje são o condom masculino, condom feminino, diafragma e espermicida.
- **Condom masculino:**
 - Previne a gravidez e doenças sexualmente transmissíveis, inclusive HIV/AIDS.
 - Pode ser de latex ou plástico, com lubrificante espermicida ou não.
 - Índice de falha em torno de 3 a 7 gestações em 100 mulheres/ano.
- **Condom feminino:**
 - Atua como uma barreira física entre o pênis e a vagina, servindo de reservatório ao sêmen e impedindo o risco de DST/AIDS.
 - É de poliuretano, com 2 anéis flexíveis, sendo 1 em cada extremidade, assegurando o ancoramento na cervix uterina, como o diafragma, e externamente se adaptando ao intróito vaginal.
 - O índice de falha é de 3 a 12 gestações em 100 mulheres/ano/

MÉTODOS HORMONAIS

ORAIS

• Minipílula

- A eficácia anticonceptiva das pílulas constituídas apenas por progestágenos baseia-se em:
 - Alterações no muco do colo uterino que prejudicam o movimento e viabilidade do espermatozóide (o muco torna-se mais espesso);
 - Alteração do movimento da trompa uterina e função do corpo lúteo. (elemento ovariano que existe a partir da ovulação);
 - Alteração do endométrio de maneira que seja evitada a implantação (o endométrio torna-se hipotrófico, ou seja a camada interna do útero torna-se fina).
- O uso da minipílula é conveniente em nutrízes, se possível, iniciando após 6 semanas do parto.
- No Brasil temos 3 tipos de minipílulas sendo comercializadas:
 - Noretisterona - 350 mcg/dia.
 - Levonorgestrel - 30 mcg/dia.
 - Linestrenol - 500 mcg/ dia.
- O índice de falha varia entre 1 e 4 gestações em 100 mulheres/ano.
- Orientações fornecidas à nutriz:
 - O horário de tomada não deve sofrer variações além de 3 horas.
 - O uso deste método, pode provocar amenorréia, ciclos irregulares ou sangramentos vaginais imprevisíveis (ex. spotting).
 - A tomada diária do progestágeno não deve ser interrompida, caso isto ocorra.

• Progesterona de última geração

- A utilização de progestágeno oral, à base de desogestrel (75 µg/dia), além das ações que os outros progestágenos apresentam (já descritos), também atua inibindo a ovulação em 97%, quando a nutriz já apresenta períodos ovulatórios eventuais .
- Eficácia maior – índice de falha ou Pearl (IP) - 0,14
- Independe de Amamentação exclusiva
- Independe do Número de mamadas
- Independe da Amenorréia
- Período de esquecimento: até 12 horas

INJETÁVEL À BASE DE PROGESTÁGENO

- Acetato de medroxiprogesterona na dose de 150 mg a cada 90 dias.
- Mecanismo de ação:
 - inibição da ovulação (suprime o pico de LH)
 - alteração do muco cervical tornando-o espesso,
 - ação local sobre o endométrio que se torna fino e atrofico. A continuidade do uso leva a amenorréia, principalmente após 12 meses de uso.
- Embora seja reversível, a recuperação da fertilidade, é mais lenta do que com os outros métodos, principalmente após 12 meses de uso.
- Índice de falha é de 0,2 a 0,5 gestação em 100 mulheres/ano.

DISPOSITIVOS INTRA-UTERINOS

DIU DE COBRE

DIU é um método seguro e efetivo apresentando taxa de continuação mais elevada que os contraceptivos hormonais orais, condons, diafragmas, espermaticidas e métodos naturais. Atualmente, o Ministério da Saúde preconiza o uso do DIU T Cu 380-A, na saúde pública, mas também encontramos o

Multiload 375. O arcabouço é de plástico cuja a haste central apresenta cobre na área de 380 mm² em relação ao 1º tipo e 375 mm² ao 2º tipo.

- **Mecanismo de ação do DIU de cobre:**

- O conceito mais aceito é em relação a sua ação de corpo estranho na cavidade uterina, que afeta a capacidade de migração do espermatozóide e/ou implantação ovular.
- O período para a inserção do DIU no pós-parto deverá ser 4 semanas após o parto normal e após 8 a 12 semanas após o parto cesáreo.
- Segundo a Organização Mundial de Saúde, a validade destes 2 tipos de DIU é de 10 anos, podendo estender o uso até 12 anos.

- **Contraindicações absolutas:**

- Infecção pós-parto.
- Doença Inflamatória Pélvica atual.
- Cervicite purulenta.
- Sangramento vaginal sem diagnóstico etiológico.
- Tuberculose pélvica.
- Câncer genital.
- Alterações anatômicas do útero.
- Suspeita de gravidez.

- **Contraindicações relativas:**

- Risco aumentado de DST.
- AIDS.
- Doença trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).

- **Complicações mais frequentes:**

- Perfuração uterina : frequência de 1,22 a cada 100 inserções.
- Cólicas menstruais, que tendem a melhorar após o 3º mês.
- Expulsão :- varia de 1 a 7%.
- Gravidez ectópica:- incidência é de 1,5 por 1000 mulheres/ano.

- **Índice de falha do método**

- Varia entre 0,3 a 0,8 gestação em 100 mulheres/ano.
- A remoção do DIU poderá ser realizada a qualquer momento que a mulher desejar, mas é dever do médico remover o DIU nos casos de gravidez (mediante consentimento informado), infecção pélvica, expulsão parcial, sangramento excessivo comprometendo o estado geral, perfuração uterina ou ainda no fim do término de validade .

- **Inserção no puerpério:**

- Imediatamente após a dequitação ou após 35 dias.
- No puerpério imediato (pós-parto, pós-cesariana ou pós-aborto), a inserção imediata deverá ser evitada em caso de:
 - Atonia uterina.
 - Hemorragia genital.
 - Amniorrexe há mais de 12 horas e nos casos de suspeita de infecção.

DIU DE PROGESTERONA (ENDOCEPTIVO)

- O dispositivo intra-uterino, liberador de progesterona na dose de 20 mcg de levonorgestrel/dia ao longo de 5 anos, consiste em um dispositivo plástico em forma de T que apresenta um reservatório do hormônio ao redor da haste vertical.
- Os ciclos ovulatórios ocorrem em 45 a 85 % das usuárias.
- Sua eficácia ocorre devido sua ação no muco cervical, tornando-o viscoso e também devido a sua ação direta no endométrio, o qual não se sensibiliza diante do estrogênio circulante. É notado o efeito anti-proliferativo, pois inibe a ação mitótica do estrogênio no endométrio.

- O índice de gravidez em vários estudos com mais de 3 anos de uso, varia de 0 a 0,3 gestação em 100 mulheres/ano.
- O padrão de sangramento menstrual é de amenorréia, podendo ocorrer 15 % de taxas de oligomenorréia.
- Os estudos comprovam que não há efeitos deletérios deste endoceptivo em relação à amamentação.
- Em relação ao retorno à fertilidade, sabe-se que após a remoção do Mirena , prontamente será restabelecido .

IMPLANTES HORMONAIS

- Consiste em bastão flexível de vinilacetato de etileno com 40 mm de comprimento por 2 mm de largura contendo 68 mg de etonogestrel (metabólito ativo do desogestrel).
- O bastão é inserido com um trocater na região subdérmica da face interna do braço e terá ação por 3 anos.
- Os estudos demonstram alta eficácia, com índice de falha igual a zero.
- Sua principal ação é a inibição da ovulação.
- A ovulação começa a ocorrer 2 anos e meio após inserção em 5 % das usuárias, mas temos assegurada a eficácia contraceptiva pela ação no muco cervical e no endométrio.
- Pode ser inserido 6 semanas após o parto, sem qualquer interferência na qualidade e quantidade de leite materno.

LEMBRETES

- O uso da chupeta, mamadeira, introdução de líquidos ou sólidos e longos intervalos entre as mamadas (ex. intervalo noturno maior que 6 horas), podem interferir diretamente na produção de leite, permitindo oscilação da liberação de prolactina, facilitando a possibilidade de ovulação.
- Os estudos demonstram que os anticoncepcionais hormonais combinados, devido a ação dos estrógenos, tem efeito deletério no leite materno, tanto na quantidade, quanto na qualidade do mesmo, com baixa do teor proteico, níveis de cálcio, fósforo e teor lipídico, influenciando diretamente no ganho de peso do bebê.
- É fundamental a orientação da usuária de progestágeno injetável de ação prolongada, que após 12 meses deverá receber suplementação de cálcio, uma vez que existe uma discreta perda de massa óssea, com o uso contínuo prolongado.

LEITURA SUGERIDA

- FEBRASGO. **Manual de critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso de métodos anticoncepcionais.** Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. 330p.
- KORVER, T., et al. Maintenance of ovulation inhibition with the 75-microg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. **Contraception**, v.71, n.1, p. 8-13, 2005.
- NATIONAL COLLABORATING CENTRE FOR WOMEN'S AND CHILDREN'S HEALTH. Long-acting reversible contraception: the effective and appropriate use of long-acting reversible contraception. **Nice Clinical Guidelines** n. 30, oct. 2005. Disponível em: < <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10974/29912/29912.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2013.
- POWER, J.; FRENCH, R.; COWAN, F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy. **Cochrane Database Syst. Rev.**, v.3, n.CD001326, 2007.

- RODRIGUES da CUNHA, A. C.; DOREA, J. G.; CANTUARIA, A. A. . Intrauterine device and maternal cooper metabolism during lactation. **Contraception**, v.63, n.1, p.37- 39, 2001.
- SILVA, C. R. Anticoncepção na nutriz. In: REGO, J. D. (Ed.) **Aleitamento materno: um guia para pais e familiares**. 2.ed. São Paulo: Atheneu, 2008. p.189-200.
- SITRUK-WARE, R.; INKI, P. The levonorgestrel intrauterine system: long-term contraception and therapeutic effects. **Women's health (Lond, Engl.)**, v.1, n.2, p.171-182, 2005.
- WHO. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 4th ed. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf>. Acesso em: 30 jan. 2013.