

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

RISCO REPRODUTIVO E CONTRACEPÇÃO



O principal objetivo do planejamento familiar é reduzir o número de gestações não planejadas, que na maior parte dos casos não são desejadas.

Febrasgo, 2019



Objetivos dessa apresentação:

- Apresentar o que são riscos reprodutivos;
- Informar os profissionais de saúde sobre a importância de ofertar métodos contraceptivos efetivos às mulheres com risco reprodutivo;
- Apresentar evidências científicas sobre os métodos contraceptivos de longa duração disponíveis no SUS.



O que é Risco Reprodutivo?

É a probabilidade de uma mulher de sofrer danos no processo reprodutivo.

- O risco pode ser de caráter **biológico, psíquico, social e ambiental**, assim como a soma deles.
- O controle destes risco permite alcançar um gravidez satisfatória, um parto feliz e um recém-nascido saudável, diminuindo a morbimortalidade tanto materna, fetal e do recém-nascido.

A OMS através dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) tem incentivado os países a **reduzirem a mortalidade materna.**



Introdução

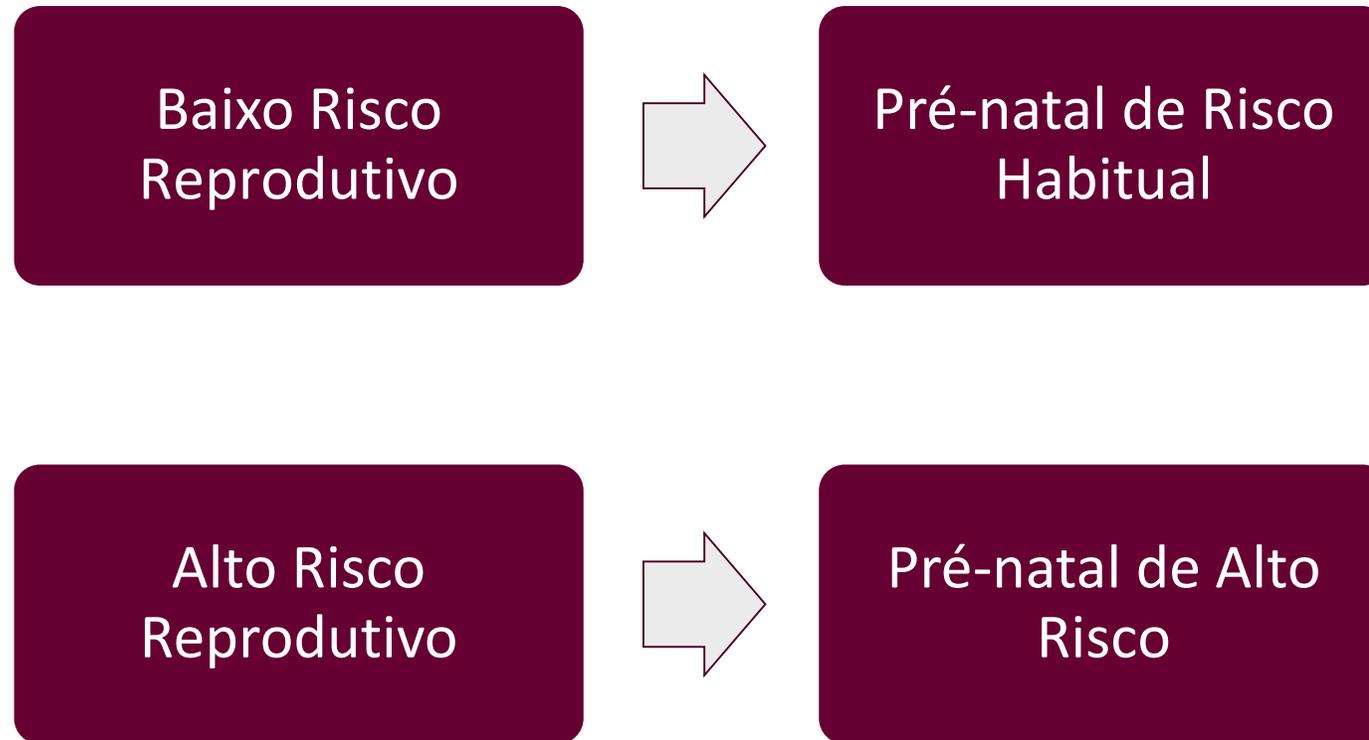
- 55% das gestações no Brasil não são planejadas (Nascer no Brasil, 2012)
- A cada 5 partos um é de adolescente (Nascer no Brasil, 2012)
- 18% das gestações são indesejadas (Febrasgo, 2019)
- A redução do número de gravidez indesejada diminuiu 60% das mortes maternas e 57% das mortes infantis (Febrasgo, 2016)

A gravidez não planejada, uso de drogas, doenças pré-existentes podem propiciar uma gestação de risco.

Nos países com melhores condições socioeconômicas, o risco reprodutivo é menor a 5%. No Brasil, Venezuela e México tem aumentado este risco, chegando a 25 - 30% (OMS, 2002).



Risco Reprodutivo





Pré-natal - Atenção Básica

Riscos reprodutivos associados às características individuais e às condições sócio demográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 anos e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos;
- Situação familiar e conjugal insegura e não aceitação da gravidez (principalmente em se tratando de adolescente);
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.



Pré-natal - Atenção Básica

Riscos reprodutivos associados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento ou macrossomia;
- Recém-nascido pré-termo ou malformado;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal < 18 meses ou dois anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.



Pré-natal de Alto Risco

Riscos reprodutivos associados à patologias prévias:

- Hipertensão, cardiopatias; pneumopatias graves; nefropatias graves; endocrinopatias, doenças hematológicas, doenças neurológicas, psiquiátricas, doenças autoimunes;
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs;
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.



Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 2217/2018

“É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.” (Cap. 5, Art. 42)

ONU (2015) 79% das mulheres brasileiras fazem uso de algum tipo de método contraceptivo.

- Pílula: 22,1%
- Camisinha: 12,9%
- Método Injetável: 3,5%
- Métodos comportamentais: 2,4%
- DIU: 1,5%

Brasil, 2009

Campanha Vamos Decidir Juntos – Febrasgo (2017)

Escolha mais adequada e segura do contraceptivo



Percentual de mulheres que engravidaram no final do primeiro ano de uso do método contraceptivo

Método	Uso Típico	Uso Perfeito
Comportamentais	24%	-
Camisinha masculina	18%	2%
Camisinha feminina	21%	5%
Anticoncepcionais Hormonais Combinados (pílula)	9%	0,3%
Diafragma	12%	6%
Injetável trimestral	6%	0,2%
DIU cobre	0,8%	0,6%
DIU hormônio	0,2%	0,2%
Implante subdérmico	0,05%	0,05%
Laqueadura tubária	0,5%	0,5%
Vasectomia	0,15%	0,10%

Uso Típico:
na vida real

Uso Perfeito:
na teoria



Orientações Contraceptivas no Pré-natal e Puerpério:

- Eliminando a perda de oportunidades
- Momento de maior receptividade na orientação e informação sobre contraceção mais seguras (LARC e cirúrgica) (Lopez et, 2010);

Contraceção de Longa Duração Reversível (LARC)

- DIU de cobre
- DIU hormonal
- Implante subdérmico

Contraceção Definitiva

- Laqueadura
- Vasectomia

O DIU de Cobre, Laqueadura e Vasectomia
são disponibilizados gratuitamente pelo SUS



DIU Pós-Parto e Pós Aborto

- Momento em que a maioria das mulheres estão motivadas a iniciar uma método contraceptivo efetivo e de longa duração
- Pode ser colocado após parto vaginal ou cesariana
- 50% das mulheres não retornam para consulta no pós-parto e no pós-aborto

ACOG, 2016

DIU no pós-parto

Redução do risco de 80% de uma nova gravidez

Redução de 99.9% de aborto dentro 2 anos

Aumento do intervalo intraparto

ACOG, 2016



DIU Pós-Parto e Pós Aborto

É importante oferecer e tirar dúvidas sobre o DIU durante o pré-natal.

Taxas de Expulsão

- 10 a 30% na inserção imediata (até 10min após o parto)
- 29 a 41% na inserção tardia (<48h após o parto)
- 4% na inserção no intervalo menstrual

ACOG, 2016
Cohen; Sheeder; Arango; Teal; Tocce, 2016

Falhas e Complicações

- Endometrites
- 3% depois de parto vaginal
- Perfuração Uterina
- Aproximadamente 1%

Heinemann, Reed, Moehner, Minh, 2015

Os benefícios superam os riscos de complicações e de expulsão



DIU Pós-Parto e Pós Aborto

DIU pós-parto é contraindicado:

- Infecção intrauterina
- Mioma
- Malformação uterina
- Hemorragia pós-parto

DIU pós aborto é contraindicado:

- Aborto infectado
- Doença trofoblástica



Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996

Trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

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 a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, **incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;**

II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.



Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996

- 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.
- **É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.**
- Não será considerada a manifestação de vontade expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.
- A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da **laqueadura tubária ou vasectomia**, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia.
- Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.
- A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei.
- 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



Risco Reprodutivo e Adolescentes

A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação.

Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal.

Ministério da Saúde, 2012

A gestação não planejada apresenta maior risco de um parto prematuro, não adesão ao pré-natal e mortalidade neonatal.

Singh et al.

A adolescente que se torna mãe pode ter dificuldade para retornar à escola. Com a evasão escolar, vê esvaziadas as chances de trabalho e de um futuro melhor. Entre as adolescentes que têm filhos, 75,7% não estudam e 57,8% não estudam nem trabalham.

IPEA, 2009.



Os números relacionados à gravidez entre as adolescentes merecem atenção

Em 2011, no Brasil, aproximadamente 27 mil meninas entre 10 e 14 anos e mais de 600 mil jovens com idade entre 15 e 20 anos tiveram filhos.

Sinasc, 2011.

Historicamente as taxas de reincidência de gestação na adolescência são altas, aproximadamente 30% das adolescentes engravidam no primeiro ano pós-parto e entre 25% e 50% no segundo ano pós-parto.

Pfitzner MA, Hoff C, Mcelligot K., 2003.

21,5% dos partos no Brasil são de mães com menos de 20 anos, segundo levantamento do DATASUS.

DATASUS, 2013.



Por reincidirem em novas gestações, as adolescentes comumente têm mais de um filho em curto intervalo de tempo, o que pode gerar inúmeros problemas.

Para a Mãe

- Maior chance de desenvolver anemia, hemorragia pós-parto, febre puerperal e de mortalidade por complicações na gravidez e no parto.

Conde-Agudelo A, Belizán JM, 2000.

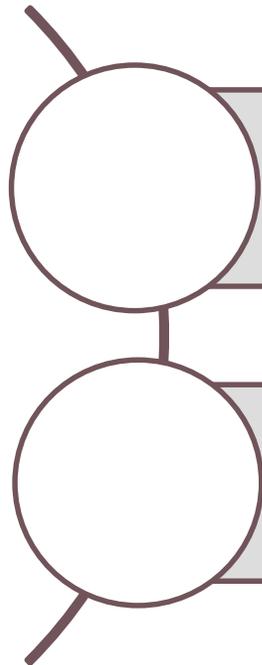
Para o Bebê

- Baixo peso ao nascer e prematuridade podem ser mais frequentes em bebês que apresentam um intervalo inferior a 18 e 23 meses após o último nascimento, do que aqueles de mães que tem um intervalo superior a 18 e 23 meses entre as gestações.

Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, et al., 1999.



Métodos anticoncepcionais que dependem da disciplina da adolescente podem estar relacionados ao uso incorreto ou a falta de adesão e, como consequência, resultar em falha.



Estudo adolescentes universitárias de São Paulo mostrou que 54,3% se esquecem de tomar algumas pílulas durante o mês.

Alves AS., Lopes MHBM, 2017.

20% das adolescentes utilizando pílula contraceptiva engravidam ao final do primeiro ano de uso.

Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M.et al. 2010.



Métodos reversíveis de longa duração para Adolescentes

Academia Americana de Pediatria (2013) e American College of Obstetricians and Gynecologists - Novas diretrizes recomendando o uso de métodos reversíveis de longa duração, como o implante contraceptivo subcutâneo e o dispositivo intrauterino (DIU), como opções de primeira linha para evitar a gravidez não planejada na adolescência.

São duas as razões para a recomendação:

1. Duração: por serem de longa ação, esses métodos oferecem proteção contra a gravidez em longo prazo;
2. Alta Eficácia: cerca de 99% no uso dos métodos “em vida real”. Diferentemente das pílulas, tanto o DIU quanto o implante contraceptivo não exigem disciplina da mulher, pois não são de uso diário.



Mulheres que apresentam ou já apresentaram risco reprodutivo devem ser bem orientadas e ter disponíveis métodos contraceptivos que garantam sua autonomia e segurança.

É importante utilizar o momento do pré-natal e do puerpério enquanto janelas de oportunidade para esclarecer suas dúvidas e garantir que não ocorra uma gestação indesejada.



Referências

- Leal, Maria do Carmo, & Gama, Silvana Granado Nogueira da. (2014). Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 30(Supl. 1), S5.
- Brasil. Femina: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Vol 44 – nº3- 2016. NLM Title Abbreviation: Femina. ISSN:0100-7254.
- Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília; Ministério da Saúde; 5 ed; 2012. 301 p. Livros.(A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica – Resolução CFM Nº 2.217/2018.
- Campanha Vamos Decidir Juntos, Febrasgo, 2017. (www.vamosdecidirjuntos.com.br)
- Tendências do Uso de Métodos Anticoncepcionais no Mundo, ONU, 2015
- Tratado de obstetrícia Febrasgo, 2019
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 670: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. Obstet Gynecol. 2016 Aug;128(2):e32-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000001587. PubMed PMID: 27454734.
- Cohen R, Sheeder J, Arango N, Teal SB, Tocce K. Twelve-month contraceptive continuation and repeat pregnancy among young mothers choosing postdelivery contraceptive implants or postplacental intrauterine devices. Contraception. 2016 Feb;93(2):178-83. doi: 10.1016/j.contraception.2015.10.001. Epub 2015 Oct 22. PubMed PMID: 26475368.
- Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. Contraception. 2015 Apr;91(4):280-3. doi: 10.1016/j.contraception.2015.01.011. Epub 2015 Jan 16. PubMed PMID: 25601350.
- Welkovic S, Costa LO, Faúndes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. Contraception. 2001 Mar;63(3):155-8. PubMed PMID: 11368989.



Referências

- Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HAAM. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
- Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 : dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011 May;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021. Epub 2011 Mar 12. Review. PubMed PMID: 21477680; PubMed Central PMCID: PMC3638209.
- Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*. 2014;45(3):301–314. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x
- Brasil. Juventude e políticas sociais no Brasil / organizadores: Jorge Abrahão de Castro, Luseni Maria C. de Aquino, Carla Coelho de Andrade. – Brasília : Ipea, 2009.303 p.:gráfs., tabs.
- Brasil. Ministério da Saúde. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. 2011
- Pfitzner MA, Hoff C, McElligott K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2003 Apr;16(2):77-81. PubMed PMID: 12742140.
- Conde-Agudelo Agustin, Belizán José M. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study *BMJ* 2000; 321 :125.
- Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, Horan JM. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. *N Engl J Med*. 1999 Feb 25;340(8):589-94. PubMed PMID: 10029642.
- ALVES, Aline Salheb and LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.1 [cited 2019-04-23], pp.11-17.
- Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, de Araujo FF. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception*. 2010 Sep;82(3):256-9.
- American Academy of Pediatrics. AAP Updates Recommendations on Teen Pregnancy Prevention. 2014.

Portal de Boas Práticas em
Saúde da Mulher, da Criança
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS
MULHERES

RISCO REPRODUTIVO E CONTRACEPÇÃO

Material de 03 de maio de 2019

Disponível em: portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br

Eixo: Atenção às Mulheres

Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.