



**MINISTÉRIO DA DEFESA
EXÉRCITO BRASILEIRO
ESCOLA DE SAÚDE DO EXÉRCITO
(Es Apl Sv Sau Ex / 1910)**

1º Ten Alu ANA LETÍCIA CASTRO SALOMONE DE OLIVEIRA

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANTICONCEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO EM
OPERAÇÕES MILITARES**

Rio de Janeiro
2019

1º Ten Alu **ANA LETÍCIA CASTRO SALOMONE DE OLIVEIRA**

**PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANTICONCEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO EM
OPERAÇÕES MILITARES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Escola de Saúde do Exército, como requisito parcial para aprovação no Curso de Formação de Oficiais Médicos do Serviço de Saúde, pós-graduação *lato sensu*, em nível de especialização em Aplicações Complementares às Ciências Militares.

Orientador: Cap Med Luís Gustavo de Oliveira.
Coorientador: 1º Ten Leonardo Quintela Campos

Rio de Janeiro
2019

RESUMO

O aumento da participação da mulher nas Forças Armadas e seu ingresso na linha bélica do Exército Brasileiro geraram uma demanda de cuidados específicos com a saúde feminina, principalmente no que diz respeito aos aspectos reprodutivos. A gravidez indesejada é um problema de saúde pública que tem frequência maior na população de mulheres militares do que na população geral e impacta diretamente na capacidade operacional do segmento feminino. As peculiaridades do dia-a-dia da mulher militar, principalmente daquelas envolvidas em missões externas às suas guarnições, podem influenciar negativamente a aderência por métodos contraceptivos que necessitem administração diária ou periódica. Além disso, pode haver dificuldades no armazenamento e obtenção de medicamentos. Visando oferecer proteção eficaz e cômoda, este trabalho propõe um protocolo de contracepção para a militar em missões com contraceptivos de longa duração, que são os métodos com melhor eficácia e independem da ação de suas usuárias, após sua aplicação, para obter a ação desejada.

Palavras-chave: Contracepção. Mulher militar. Gravidez indesejada

ABSTRACT

The women increasing role in Armed Forces and the entrance in the combatant branch of Brazilian Army demanded specific approaching in women health's care. Unwanted pregnancy is a issue of public health, that seems to be worse in military women than in general population and directly impacts on the operational capacity of the female segment. The peculiar routine of military, mainly in deployment, can hinder the acceptance and use of contraceptives that needs to be taken diary or periodically. In addition, storage and buying of medications can be a problem. Aiming to offer a convenient and effective protection against unwanted pregnancy, this work proposes a protocol for military women during deployment using long-term contraception, that are the more effective methods and does not demand for women's attention before the application, to works as desired.

Key-words: Contracepcion. Military women. Unwanted pregnancy

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	6
2.	DESENVOLVIMENTO.....	9
2.1	METODOLOGIA.....	9
2.2	ACONSELHAMENTO EM CONTRACEPÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE.....	9 11
2.3	CLASSIFICAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	11
2.4	DIU DE COBRE.....	12
2.4.1	Mecanismos de ação.....	12
2.4.2	Riscos.....	12
2.4.3	Contraindicações.....	13
2.4.4	Efeitos colaterais.....	13
2.5	SISTEMA INTRA-UTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG).....	14
2.5.1	Mecanismos de ação.....	14
2.5.2	Riscos.....	14
2.5.3	Contraindicações.....	14
2.5.4	Benefícios não contraceptivos.....	15
2.6	IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO.....	15
2.6.1	Mecanismos de ação.....	16
2.6.2	Riscos.....	16
2.6.3	Contraindicações.....	16
2.7	COMPARAÇÃO ENTRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO.....	17
2.8	PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANTICONCEPÇÃO EM OPERAÇÕES MILITARES.....	18
3.	CONCLUSÃO.....	21
	REFERÊNCIAS.....	22
	Apêndice A- Ficha de Anamnese e Exame Físico Direcionada a Orientação de Contracepção.....	24
	Apêndice B -Fluxograma do protocolo de anticoncepção em operações militares.....	26
	Apêndice C- Glossário.....	27

1. INTRODUÇÃO

A crescente participação da mulher nas Forças Armadas, assim como seu recente ingresso na linha bélica do Exército Brasileiro, aumenta as preocupações com aspectos específicos da saúde feminina, sendo a saúde reprodutiva ponto sensível neste aspecto. A gravidez indesejada é um problema de saúde pública, e apesar da falta de dados na população militar feminina do Brasil, estudos dos Estados Unidos, mostram que sua incidência pode ser ainda maior que na população comum, como verificado por Lindberg (LINDBERG, 2011) em um estudo com 3745 mulheres no serviço ativo, entre 18 e 44 anos. Este estudo constatou que aproximadamente 20% do efetivo feminino avaliado estava gestando, sendo que 54% destas gestações eram indesejadas.

Além deste estudo, outro trabalho de saúde reprodutiva, o *Ibis Reproductive Health*, utilizando dados de 2011 do *Survey of Health Related Behaviors* (HRB) comparou o percentual de militares que tiveram gestação indesejada no decorrer deste ano com o da população feminina em geral, e encontrou uma taxa de 7% nas militares em serviço ativo com idade entre 18 e 44 anos, comparado a 4,5% na população geral, na mesma faixa etária. Este percentual foi ainda maior nas militares que estiveram em missões ao longo de 11 a 12 meses neste ano, sendo relatado que 10% destas mulheres tiveram uma gravidez indesejada, sugerindo que a concepção ocorreu ao longo da missão. Há uma estimativa que 35–53% das gestações indesejadas nas mulheres no serviço ativo são atribuídas a falhas de método contraceptivo (ERICKSON, 2017).

Durante as operações militares as condições sanitárias podem ser deficientes e o difícil acesso aos métodos contraceptivos em instalações militares isoladas e em missões no exterior pode colaborar para a descontinuação de métodos como pílulas combinadas, contraceptivos adesivos e injetáveis (GRINDLAY, 2013), seja pela dificuldade de armazenamento, pela dificuldade de se manter a regularidade na tomada das medicações, ou ainda, devido a condições climáticas que interfiram, por exemplo, na absorção de contraceptivos adesivos. O estresse, a dificuldade de suprimento e a atividade intensa também podem gerar aumento nas falhas dos métodos.

A ocorrência de gravidez indesejada impacta não somente na vida pessoal da mulher, mas diretamente na sua carreira, podendo também causar transtornos à

prontidão da tropa, e aumento dos gastos com sistema de saúde militar, como consequência de complicações, evacuações, e até a exclusão da militar da missão. Foi observado que de todas as remoções de mulheres mobilizadas na operação *Iraqi Freedom*, não relacionadas ao combate, em um período de 15 meses, 74% estavam relacionados à gravidez (ERICKSON, 2017).

É importante lembrar que as normas regulamentares proíbem a prática de contatos íntimos e relações sexuais dentro das instituições militares. Portanto, a ocorrência de uma gestação durante uma missão pode acarretar sanções disciplinares se constatada transgressão do regulamento.

Outro tópico pouco discutido e subestimado é a ocorrência de violência sexual durante a carreira da mulher militar, com risco aumentado durante operações militares em ambientes que a militar possa ser capturada, fato este que faz crescer em importância o aconselhamento e planejamento da contracepção no preparo para missões.

Os contraceptivos de longa duração (LARC - *Long-Acting Reversible Contraceptives*) são os métodos reversíveis mais eficazes, sendo de fácil utilização, bom custo-benefício e exigindo para seu correto funcionamento, apenas a aplicação dentro das técnicas adequadas, o que aumenta a adesão ao método por parte das usuárias.

Como verificado pelo Projeto CHOICE, o aumento do uso de métodos contraceptivos de longa duração, foi acompanhado por um decréscimo de 29% nas taxas de nascimento em adolescentes e de 34% na prática de abortos provocados. Em adição a isto, estudos deste projeto confirmaram também a superioridade de eficácia dos métodos de longa duração sobre os de curta duração. Estes achados embasam as recomendações para o aumento do uso de métodos de longa duração como medida para evitar gravidez acidental.

O *Ibis Reproductive Health* recomenda o aconselhamento sobre contracepção para a mulher militar no período de um ano a seis meses antes da mobilização para missão, sugerindo que seja incentivado o uso de métodos contraceptivos de longa duração, principalmente o sistema intrauterino de Levonorgestrel, por seus benefícios adicionais no controle do sangramento menstrual e de sintomas como a dismenorreia.

Dentre os LARC se enquadram o implante hormonal (Implanon[®]), o dispositivo intrauterino de cobre e o sistema intrauterino com Levonorgestrel (Mirena[®]).

Visando atender as particularidades da atividade militar, criar uma ferramenta prática para os militares responsáveis pela Saúde da Mulher e gerar uma sistemática de emprego prática e segura para as militares, elaboramos proposta de protocolo de contracepção de longa duração para as mulheres militares para emprego em operações com a intenção de aumentar a aderência das mesmas ao método e diminuir a ocorrência de gravidez indesejada ao longo de missões e suas consequências. Este protocolo também visa orientar as medidas a serem tomadas com as militares designadas para missões de longa duração, particularmente as missões de paz da ONU, respeitando o previsto na Portaria nº 091-DGP, de 10 de outubro de 2001, que aprova as normas gerais para o programa de planejamento familiar no âmbito das organizações militares de saúde do Exército.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 METODOLOGIA

Para embasar a proposta de protocolo sugerida, foi realizada revisão bibliográfica sobre contracepção com ênfase em métodos contraceptivo de longa duração, através de pesquisa nas bases Up to Date, Pubmed, RedeBie, onde utilizou-se as palavras de busca isoladas: contracepção, gravidez, e busca combinada de 2 ou três palavras mulher-militar, contracepção de longa duração, gravidez indesejada. Os trabalhos que não se enquadravam nos anos pré-selecionados de 2009 a 2019 foram excluídos. Além destes, foram usados manuais e portarias do Exército Brasileiro como referências.

2.2 ACONSELHAMENTO EM CONTRACEPÇÃO E CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

O aconselhamento em contracepção deve ser feito de forma individualizada, sempre com a preocupação de informar adequadamente, possibilitando à paciente tomar uma decisão voluntária e esclarecida quanto a um método anticoncepcional. De acordo com o Manual de Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2010):

“... as informações dadas devem incluir, no mínimo, o seguinte: compreensão da eficácia relativa do método; uso correto do método; como ele funciona; efeitos colaterais comuns; riscos e benefícios do método para a saúde; sinais e sintomas que necessitariam de um retorno ao serviço de saúde; informações quanto ao retorno à fertilidade após a interrupção do uso do método e sobre prevenção das DST. As informações devem ser apresentadas em linguagem e formatos que sejam facilmente compreendidos e acessados pelo cliente.”

Esse aconselhamento deve ocorrer em consulta médica na qual possa ser realizada anamnese e exames físicos detalhados, incluindo exame ginecológico completo. Esta avaliação médica minuciosa possibilita, em um primeiro momento, avaliar o status de saúde da paciente, para basear a escolha dos métodos de acordo com os critérios de elegibilidade. A solicitação de exames complementares, quando necessário, deve ser feita, porém não deve retardar o início dos métodos. Na ausência de achados patológicos no exame físico ou de sintomas que exijam

avaliação mais detalhada com exames complementares, o médico deve proceder com a aplicação do método escolhido, tão logo seja possível, de preferência neste mesmo encontro com a paciente.

A escolha do método anticoncepcional depende, em parte, da eficácia. A eficácia dos métodos contraceptivos pode ser calculada pelo índice de Pearl (Tabela 1), que é o número de gestações (falha) em 100 usuárias do método, com uso correto do mesmo, ao longo de um ano. Quanto menor este índice, melhor é a eficácia do método. Já a efetividade (falha de uso) do método resulta do uso corrente, tanto correto como incorreto (FEBRASGO, 2010).

A opção do método pela paciente deve ser respeitada, porém, devem ser avaliados também, outros aspectos, como estilo de vida da paciente, desejo de gravidez em curto ou médio prazo.

Tabela 1: Porcentagem de mulheres que experimentaram gravidez indesejada durante o primeiro ano de uso típico do método e uso perfeito da contracepção, e porcentagem de continuidade do método após o primeiro ano.

MÉTODO	% DE GRAVIDEZ INDESEJADA NO PRIMEIRO ANO DE USO		% DE MULHERES QUE CONTINUARAM O MÉTODO APÓS 1 ANO
	USO TÍPICO	USO PERFEITO	
NENHUM MÉTODO	85	85	-
ESPERMICIDAS	21	16	42
CAMISINHA FEMININA	21	5	41
COITO INTERROMPIDO	20	4	46
DIAFRAGMA	17	16	57
MÉTODOS COMPORTAMENTAIS	15	-	47
CONDOM	13	2	43
CONTRACEPTIVOS COMBINADOS ORAIS	7	0,3	67
ADESIVO TRANSDÉRMICO (EVRA)	7	0,3	67
ANEL VAGINAL (NUVA RING)	7	0,3	67
DEPO-PROVERA	4	0,2	56
DIU DE COBRE	0,8	0,6	78
MIRENA	0,1	0,1	80
IMPLANTE SUBDÉRMICO	0,1	0,1	89
LAQUEADURA TUBÁRIA	0,5	0,5	100
VASECTOMIA	0,15	0,1	100

TABELA ADAPTADA E TRADUZIDA DE WWW.CONTRACEPTIVETECHNOLOGY.ORG – ÚLTIMO ACESSO EM 04/07/19

No que diz respeito à mulher militar, que se prepara para uma missão, é importante levar em conta o tipo de missão, as condições sanitárias do local da missão, a possibilidade de acesso a atendimento médico e recebimento de medicações e o tempo da missão. Uma gravidez indesejada durante uma missão pode prejudicar não só a carreira desta militar, como também a tropa como um todo

(IBIS REPRODUCTIVE HEALTH, 2017).

Por não dependerem da usuária, os LARC apresentam o uso típico e o uso perfeito equivalentes, o que diminui o risco de falhas associadas aos métodos e se tornam a opção mais segura e eficaz, principalmente para pacientes com fatores de risco para baixa adesão a métodos anticoncepcionais. Este método confere opção de extrema importância para as mulheres militares, visto que em função de suas atividades de longa duração a adesão a métodos de uso diário é muitas vezes prejudicada (TREGO, 2007).

Associada a comodidade de não depender de grandes esforços da usuária, tanto o dispositivo intrauterino de Levonorgestrel, quanto o implante hormonal, em menor escala, possuem benefícios não contraceptivos, como o controle do sangramento menstrual e melhora dos sintomas menstruais e pré-menstruais. (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICS AND GINEACOLOGY - ACOG, 2015).

Desta forma, o aconselhamento incentivando a adoção dos métodos contraceptivos de longa duração é o mais adequado, na preparação para uma missão, principalmente se o prazo desta exceder três meses, que é o tempo de efeito, por exemplo, de um contraceptivo hormonal injetável de medroxiprogesterona. Um planejamento com a contracepção de longa duração diminui a chance de descontinuação do método, pois após a aplicação, não há demanda de atenção ou administração medicamentosa, não havendo também o uso incorreto (ACOG, 2015).

2.3 CLASSIFICAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Atualmente, estão disponíveis vários métodos contraceptivos, com diferentes características e eficácia. Podemos classificá-los de várias formas, mas uma das maneiras é separá-los em reversíveis e definitivos. Os métodos definitivos são a esterilização cirúrgica feminina e masculina. Os métodos reversíveis podem ainda ser subdivididos em métodos contraceptivos de longa duração, curta duração e emergenciais.

Os Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração (LARC - *Long-Acting Reversible Contraceptives*) são o dispositivo intrauterino (DIU) de Cobre, o sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel (SIU-LNG – Mirena[®]) e o implante subdérmico de etonorgestrel (Implanon[®]). Estes métodos são considerados os mais seguros dentre os métodos reversíveis, pois independem da ação da usuária para

seu correto funcionamento, bastando apenas que sua aplicação seja feita com a técnica correta, para que se considere que seu uso seja o perfeito (ACOG, 2017). Por se tratarem do objeto do nosso estudo, esses métodos encontram-se detalhados no decorrer deste desenvolvimento.

Dentre os métodos de curta duração estão os métodos comportamentais, de barreira, e os hormonais em suas várias formas de administração (contraceptivos orais de progesterona isolada e combinados, adesivo transdérmico, anel vaginal e injetáveis).

Os métodos emergenciais são contraceptivos hormonais orais com alta dosagem hormonal, que devem ser empregados apenas em situações nas quais houve relação sexual desprotegida sem estar em vigência de outro método contraceptivo, ou com uso sabidamente inadequado do método vigente, com alto risco de gravidez.

2.4DIU DE COBRE

Os DIU de cobre são aparelhos pequenos e flexíveis inseridos na cavidade uterina, desenvolvidos em vários formatos, os mais comumente utilizados são o TCU 380A e o Multiload 375 (MLCu 375). São métodos altamente eficazes para evitar a gravidez, com duração de utilização recomendada, no caso do TCU 380A, por exemplo, de 10 anos. Segundo o Boletim da ACOG (ACOG, 2015), o percentual de falhas relatadas para o DIU de Cobre foi 0,8 a cada 100 mulheres.

2.4.1Mecanismos de ação

Os dispositivos intrauterinos têm múltiplos mecanismos de ação, sendo o principal a prevenção da fertilização. Sua ação envolve uma reação inflamatória no endométrio, com alterações histológicas e bioquímicas que interferem na espermomigração, fertilização do óvulo e implantação do blastocisto (ACOG, 2017).

2.4.2 Riscos

Os riscos envolvidos na sua utilização são a perfuração uterina, infecção, expulsão, falha contraceptiva e gravidez ectópica.

A perfuração uterina é uma complicação rara, que acontece no momento da inserção do dispositivo.

A infecção também é uma complicação rara, e sua chance de ocorrência de

infecção passados os primeiros 30 dias da inserção, é ainda menor. Em usuárias assintomáticas, que apresentam sinais clínicos ou culturas sugestivas de infecção por Clamídia ou Gonococo, deve-se instituir antibioticoterapia, sem a remoção do DIU, no entanto, uma vez que apresente sinais de ascensão endometrial e acometimento tubário, deve-se retirar o DIU e tratar com antibióticos. Na ocorrência de vaginose bacteriana, deve-se tratar com metronidazol por sete dias, sem necessidade de retirar o DIU (FINOTTI, 2015).

A expulsão do DIU é mais comum no primeiro ano de uso, ocorrendo em 2 a 10% das usuárias. Fatores de risco para expulsão são: inserção no pós-parto imediato, nuliparidade e expulsão prévia de DIU (FINOTTI, 2015).

Caso ocorra gestação com um DIU tópico, deve-se excluir gravidez ectópica. O risco de aborto se o DIU não for retirado é de 75%, caindo para 30% se ele for retirado precocemente. Ainda se houver gravidez e não se visualizar o fio DIU pode-se realizar vídeo-histeroscopia para retirada do mesmo. A manutenção do DIU na gestação aumenta em quatro vezes o risco de parto prematuro (FINOTTI, 2015).

Recomenda-se que após a inserção do DIU, seja feita uma reavaliação após o próximo período menstrual, ou em três a seis semanas e após na rotina anual, com intuito de descartar infecções e avaliar a satisfação da paciente (FINOTTI, 2015).

2.4.3 Contraindicações

São contraindicações absolutas ao uso de DIU: Gravidez, doença inflamatória pélvica (DIP) ou doença sexualmente transmissível (DST) atual, recente ou recorrente, sepse puerperal, aborto séptico, alterações anatômicas da cavidade uterina acentuadas, hemorragia vaginal sem etiologia definida, câncer cervical ou endometrial, doença trofoblástica maligna, alergia ao cobre. São contraindicações relativas: fatores de risco para DST ou HIV, imunidade comprometida, de 48 horas a quatro semanas de pós-parto, câncer de ovário e doença trofoblástica benigna (FINOTTI, 2015).

2.3.4 Efeitos colaterais

Efeitos colaterais são o sangramento irregular ou um aumento na quantidade de sangramento nos primeiros meses após a inserção. A dor e a dismenorreia são um motivo de descontinuação em até 6% das usuárias (FINOTTI, 2015).

Tabela 2: Contraindicações ao uso de DIU

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE DIU	
ABSOLUTAS	RELATIVAS
GRAVIDEZ	FATORES DE RISCO HIV
DIP	FATORES DE RISCO HIV
DST	IMUNIDADE
SEPSE PUERPERAL	PÓS-PARTO
ABORTO SÉPTICO	CA OVÁRIO
ANATOMIA	DOENÇA TROFOBLÁSTICA BENIGNA
HEMORRAGIA VAGINAL	
CA CERVICAL	
CA ENDOMETRIAL	
DOENÇA TROFOBLÁSTICA MALIGNA	
ALERGIA AO COBRE	
FONTE: ARQUIVO PESSOAL	

2.5 SISTEMA INTRA-UTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG)

O SIU-LNG possui um reservatório de 52mg de Levonorgestrel, que é uma progesterona sintética, e libera gradualmente pequena quantidade, cerca de 12microgramas por dia. Seu tempo de uso preconizado é de 5anos e sua eficácia é muito alta, com índice de Pearl de 0,1 (FINOTTI, 2015).

2.5.1 Mecanismos de ação

Seus mecanismos de ação são o muco cervical hostil e espesso, dificultando a espermomigração, a alta concentração de levonorgestrel no endométrio, impedindo resposta ao estradiol circulante, o que leva a um forte efeito anti-proliferativo no endométrio, inibição da atividade mitótica do endométrio (FINOTTI, 2015).

2.5.2 Riscos

Seus riscos são muito semelhantes ao do DIU de Cobre, sendo eles: expulsão, dor, sangramento, perfuração, infecção, gravidez ectópica e gravidez tópica (FINOTTI, 2015).

2.5.3 Contraindicações

Gravidez confirmada ou suspeita, distorção severa da cavidade endometrial, infecção uterina aguda ou recente ou recorrente, cervicite não tratada, alergia ao

Levonorgestrel, doença hepática aguda ou tumor de fígado. Contraindicações relativas: fator de risco para DST, história anterior de problemas com anticoncepção intrauterina, sangramento uterino anormal sem diagnóstico definido, imunodepressão, história de reflexo vaso-vagal, história de intolerância a progestagênios, mulheres que não aceitam desenvolver oligomenorréia ou amenorreia (FINOTTI, 2015).

2.5.4 Benefícios não contraceptivos

A atrofia endometrial causada pelo SIU-LNG, geralmente leva a oligomenorréia, que a presença de menstruação escassa e intervalo entre ciclos longos, e a amenorreia, que é a ausência de sangramento menstrual. Em consequência, há melhora nos níveis de hemoglobina, além de ser uma alternativa de tratamento de menorragia, hiperplasia endometrial e adenomiose, melhorando o padrão de sangramento em mulheres com miomas e endometriose (FINOTTI, 2015).

Tabela 3: Contraindicações ao uso de SIU-LNG

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE SIU-LNG	
ABSOLUTAS	RELATIVAS
GRAVIDEZ	FATORES DE RISCO DST
DIP	HEMORRAGIA SEM DIAGNÓSTICO
DST	REFLEXO VASOVAGAL
SEPSE PUERPERAL	INTOLERÂNCIA A PROGESTAGÊNIOS
ABORTO SÉPTICO	NÃO ACEITAÇÃO DE OLIGOMENORRÉIA/ AMENORREIA
ANATOMIA	PROBLEMAS COM CONTRACEPÇÃO INTRAUTERINA
DOENÇA HEPÁTICA AGUDA	
CA FÍGADO	
ALERGIA AO LEVONORGESTREL	
FONTE: ARQUIVO PESSOAL	

2.6 IMPLANTE CONTRACEPTIVO SUBDÉRMICO

Os implantes contraceptivos são um pequeno bastão composto de um polímero, contendo 68mg de etonogestrel, que permite uma liberação controlada e contínua desta substância por 3(três) anos. Sua taxa de gravidez é muito pequena, ocorrendo em 0,05% de suas usuárias (FINOTTI, 2015).

2.6.1 Mecanismos de ação

O Etonogestrel é um metabólito ativo do desogestrel, tendo como principal mecanismo de ação a supressão da ovulação. Associado a isso, há ainda um espessamento do muco cervical e alterações na espessura endometrial (FINOTTI, 2015).

2.6.2 Riscos

Complicações da aplicação e retirada do implante são incomuns, porém pode existir dor local, pequeno hematoma, aplicação profunda ou incorreta e falha de inserção não reconhecida.

Podem ocorrer mudanças no padrão de sangramento menstrual como amenorreia, sangramentos frequentes, escassos ou prolongados. Também há relatos de mudanças no trânsito intestinal, cefaleia, mastalgia e vaginite (FINOTTI, 2015).

Tabela 4: Contraindicações ao uso de implante hormonal

CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE IMPLANTE HORMONAL	
ABSOLUTAS	RELATIVAS
TROMBOEMBOLISMO ATIVO	TUMOR DE MAMA
TUMOR HEPÁTICO	EVENTOS TROMBÓTICOS
DOENÇA HEPÁTICA GRAVE	HIPERTENSÃO
MALIGNIDADES SENSÍVEIS A ESTEROIDES SEXUAIS	
SANGRAMENTO VAGINAL SEM DIAGNÓSTICO	
ALERGIA AO ETONOGESTREL OU OUTRO COMPONENTE	

FONTE: ARQUIVO PESSOAL

2.6.3 Contraindicações

São contraindicações do implante: distúrbio tromboembólico venoso ativo, presença ou história de tumor hepático (benigno ou maligno), presença ou história de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal, presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteroide sexual, sangramento vaginal não diagnosticado, hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente de Implanon®. É importante se avaliar com muita cautela também a presença de neoplasia da mama, eventos trombóticos e hipertensão (FINOTTI, 2015).

2.7 COMPARAÇÃO ENTRE OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO

Após serem expostas as principais características de cada método, faz-se necessário uma comparação entre estes para embasar as nossas opções. Todos os três métodos possuem alta eficácia, com índice de falha de 0,8% para o DIU de Cobre, 0,1% para o SIU-LNG e 0,05% para o implante. Todos os métodos são aplicados ambulatoriamente, com baixos índices de complicações. Os tempos de duração previstos são 10 anos para o DIU de Cobre, 5 anos para o SIU-LNG e 3 anos para o implante. Em relação ao controle dos sintomas pré-menstruais e sangramento menstrual, o DIU de cobre pode apresentar piora da dismenorreia e do padrão de sangramento menstrual, o SIU-LNG tem efeitos positivos na dismenorreia e é excelente ferramenta no controle do sangramento uterino, com altas taxas de amenorreia e oligomenorréia após seis meses de uso; o implante hormonal também pode levar a oligomenorréia e amenorreia, no entanto, possui maior taxa de sangramento anormal e spottings que o SIU-LNG.

Tabela 5: Comparação entre os métodos contraceptivos de longa duração

Métodos	% gravidez	duração	Controle de sintomas menstruais	Controle de sangramento menstrual
DIU de Cobre	0,8	10 anos	Piora de dismenorreia	Piora de sangramento
SIU-LNG	0,1	5 anos	Melhora de dismenorreia	Oligomenorréia e amenorreia frequentes
Implante hormonal	0,05	3 anos	Melhora de dismenorreia	Pode haver amenorreia. Oligomenorréia, porém maior índice de spottings e sangramento anormal

FONTE: ARQUIVO PESSOAL

Levando em conta estes aspectos, em pacientes sem contraindicações aos métodos, devido à alta eficácia, associada aos benefícios não contraceptivos apresentados, o SIU-LNG torna-se a primeira opção de contracepção. Situações em que a paciente apresente alguma demanda diferente ou contraindicações específicas de apenas um dos métodos devem ser criteriosamente avaliadas, para direcionar a escolha.

2.8 PROPOSTA DE PROTOCOLO DE ANTICONCEPÇÃO EM OPERAÇÕES MILITARES

Ao ser designada para alguma missão ou curso, a militar necessita passar por inspeções de saúde e adestramentos para ser considerada apta a realizar a missão. Existem protocolos diferentes, dependendo da característica de cada missão.

De acordo com as Normas Técnicas sobre Perícias Médicas no Exército (NTPMEX), no volume IX, Militares que estão designados para missão no exterior são submetidos à inspeção de saúde para averiguar se preenchem os requisitos de saúde necessários ao desempenho das atividades profissionais militares, bem como evidenciar qualquer patologia inicial, como finalidade preventiva. Nesta inspeção, devem apresentar exames listados em portaria específica. Quando a duração da missão for superior a três meses, deve-se verificar a validade da última inspeção de Controle Periódico de Saúde, caso seja menor que um ano, deverá ser realizada nova inspeção, de porte dos exames descritos no anexo M da NTPMEX. Dentre estes exames, para militares do sexo feminino a partir dos 30 anos, é obrigatória a apresentação de exame colpocitológico do colo uterino (BRASIL, 2017).

Neste intuito, a realização de uma consulta de rotina ginecológica e de aconselhamento sobre contracepção para sua preparação para mobilização se mostra de suma importância para apurar a aptidão médica da militar, se tornando excelente ferramenta para promover medidas de higiene específicas para a situação de mobilização e prevenir agravos ao longo da missão. O ideal é que essa consulta ocorra aproximadamente seis meses antes do início da missão, para que seja possível uma reavaliação para verificar possíveis exames solicitados e adaptação ao método contraceptivo iniciado (IBIS REPRODUCTIVE HEALTH, 2017).

O aconselhamento sobre contracepção deve ser feito, ainda que não haja esta solicitação por parte da militar, para todas as mulheres que se encontrem em idade fértil.

Assim como qualquer consulta de rotina, esta deve constar de anamnese detalhada, constando, ao menos, as seguintes questões:

1. Você acha que pode estar grávida?
2. Nos últimos três meses, você teve sangramento vaginal anormal, especialmente nos intervalos entre menstruações ou após as relações sexuais?
3. Você teve um parto há mais de 48 horas e menos de quatro semanas?

4. Você teve uma infecção após o parto?

5. Você teve uma doença sexualmente transmissível (DST) ou doença inflamatória pélvica (DIP) nos últimos três meses? Você tem uma DST ou DIP, ou outra infecção qualquer nos órgãos genitais, atualmente?

6. Você está infectada com o HIV? Você tem AIDS?

7. Você acha que pode contrair uma DST no futuro? Você ou o seu parceiro têm mais de um parceiro sexual?

8. Você tem câncer de mama, nos órgãos genitais ou tuberculose pélvica

Além destas, questionar para obter o maior número de dados sobre a saúde reprodutiva da mulher, se há desejo de gestar a curto ou longo prazo, uso prévio de algum outro método contraceptivo, presença de comorbidades que possam interferir na escolha do método contraceptivo, história prévia ou atual de doenças sexualmente transmissíveis (DST), fatores de risco para DST, além de informações sobre a missão, como, por exemplo, tempo de duração, local da base e infraestrutura, facilidade de acesso a serviço de saúde e medicamentos. O apêndice A deste trabalho é uma sugestão de ficha de anamnese e exame físico, para padronizar e facilitar o atendimento (FEBRASGO, 2010).

A militar deve ser orientada a levar uma dosagem sérica de β HCG colhido na última semana, ou na ausência deste, pode-se proceder com a realização de teste imunológico de gravidez, por amostra de urina durante a consulta. Convém também portar seus últimos exames de rotina ginecológica para avaliação e se necessário, solicitação de exames atualizados. Entretanto, a ausência dos mesmos não deve postergar a introdução de um método, se não houver suspeita de patologias impeditivas do método. De acordo com as Diretrizes Brasileiras para Rastreamento do Câncer de Colo do útero, mulheres entre 25 e 60 anos, com vida sexual ativa, devem realizar a coleta de exame colpocitológico a cada três anos, se apresentarem dois exames normais, com diferença de um ano entre eles (INCA, 2016). O rastreamento para câncer de mama com a mamografia é preconizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia a partir dos 40 anos, anualmente, mas deve ser realizado, de acordo com história familiar e pessoal, avaliando a faixa etária, sintomas e história familiar de neoplasia de mama (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA). A solicitação de exame ultrassonográfico da pelve não é mandatária antes da aplicação dos dispositivos intrauterinos, mas o controle do posicionamento do dispositivo após aplicação deve ser realizado após o próximo

sangramento menstrual ou até 45 dias após a aplicação (FINOTTI, 2015).

O exame físico ginecológico deve ser completo e minucioso, para afastar a presença de patologias ginecológicas que prejudiquem ou contraindiquem introdução do método.

Descartando-se a gravidez ou patologias ginecológicas, é importante orientar a paciente sobre todos os métodos disponíveis e elegíveis para a paciente. Pacientes híginas, dentro da faixa-etária reprodutiva dificilmente têm alguma contraindicação a algum método e a escolha da paciente é soberana (FEBRASGO, 2010). Entretanto, devido às características do dia-a-dia militar, encorajar a paciente a aderir a um método de longa duração, demonstrando a praticidade e eficácia deste torna-se de suma importância para proporcionar segurança a paciente. De acordo com o perfil da paciente, deve-se aconselhar por um ou outro método.

O SIU-LNG, quando disponível e indicado, deve ser o método de escolha, pela praticidade da aplicação ambulatorial, associada a seus efeitos benéficos não contraceptivos no controle do sangramento uterino e na dismenorrea. Na impossibilidade ou nega da paciente de aderir a este método, a opção entre o DIU de cobre ou implante subdérmico deve ser avaliada em conjunto com a paciente, dependendo dos achados semióticos e preferências da paciente.

Não havendo contraindicações, pode-se proceder a implantação do método neste mesmo encontro. Exames complementares que sejam necessários a rotina ginecológica, mas que não sejam essenciais para a aplicação do método, devem ser solicitados e colhidos nesta mesma consulta, e avaliados em consulta de revisão à posteriori.

É conveniente o agendamento de uma consulta de revisão para avaliação de exames solicitados e da adaptação ao método entre 45 e 60 dias após esta consulta (FINOTTI, 2015).

3. CONCLUSÃO

Com o aumento da participação da mulher na Forças Armadas surge uma demanda de adoção de novos protocolos, em atenção aos cuidados com a saúde feminina, principalmente em situação operacional. A contracepção é um aspecto importante destes cuidados, uma vez que a gravidez indesejada ainda é um grande problema de saúde pública, e afeta não só a vida pessoal e profissional da militar, mas a capacidade operacional da tropa como um todo.

Evidências mostram que a adoção de métodos contraceptivos de longa duração, como o SIU-LNG são a conduta mais adequada, visando à segurança e praticidade, devendo ser sempre encorajada.

A criação de um protocolo de aconselhamento e contracepção para a mulher militar, voltado para a preparação para as missões é de suma importância para melhorar a qualidade dos cuidados com o segmento feminino da tropa, evitando baixas e aumentando o seu desempenho.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Increasing access to contraceptive implants and intrauterine devices to reduce unintended pregnancy.** Committee Opinion No. 642. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2015;126:e44–8.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices.** Practice Bulletin No. 186. American College of Obstetricians and Gynecologists. *ObstetGynecol* 2017, Nov; 130(5): e251-e269.

BRASIL. Secretaria Geral do Exército. **Relação das Publicações do Exército, Edição 2018.** Brasília, 2018.

BRASIL. Portaria nº 091-DGP, de 10 de outubro de 2001. Aprova as normas gerais para o programa de planejamento familiar no âmbito das organizações militares de saúde do Exército. **Boletim do Exército**, Brasília, n. 42, 19 out. 2001.

BRASIL. Portaria nº 130-DGP, de 13 de junho de 2017. Altera as Normas Técnicas sobre as Perícias Médicas no Exército (NTPMEx), aprovadas pela Portaria nº 247-DGP, de 7 de outubro de 2009, alteradas pelas Portarias nº 133-DGP, de 29 de junho de 2010; Portaria nº 067-DGP, de 12 de maio de 2011; Portaria nº 181-DGP, de 5 de dezembro de 2011, Portaria nº 067-DGP, de 30 de abril de 2012 e Portaria nº 102-DGP, de 30 de abril de 2015. EB30-N-20.008 Normas Técnicas sobre as Perícias Médicas no Exército (NTPMEx) 1ª Edição. **Boletim do Exército**, Brasília, n. 25, 23 jun. 2017.

CARTY, Jenava R, BATIG, Timothy S, HEITMANN Ryan J, HAMMONS, Crystal B, BATIG Alison L. Women's Health and Contraceptive Practices of Army Physician Assistants. **Military Medicine**, Volume 184, Issue 3-4, March-April 2019, Pages e169–e174, <https://doi.org/10.1093/milmed/usy191>

CONTRACEPTIVE TECHNOLOGY, **contraceptive efficacy**, 2019. Disponível em <http://www.contraceptivetechnology.org/wp-content/uploads/2013/09/Contraceptive-Failure-Rates.pdf>

DA SILVA, Gabrieli. **Anticoncepção: Uma revisão de literatura visando escolhas para a mulher militar.** Escola de Saúde do Exército, Rio de Janeiro, 2018.

ERICKSON A. K, NELSON D. A, SHAW J. G, LOFTUS P. D, KURINA L. M, SHAW K. A. Long-Acting Reversible Contraceptive Placement Among Active-Duty U.S. Army Servicewomen. **ObstetGynecol**, 2017 May;129(5):800-809.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso de métodos anticoncepcionais.** São Paulo, 2010.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção.** São Paulo: FEBRASGO, 2015.

GRINDLAY K, GROSSMAN D. Contraception access and use among U.S. servicewomen during deployment. **Contraception**, 2013 Feb;87(2):162-9.

IBIS REPRODUCTIVE HEALTH. **Sexual and reproductive health of women in the US military: The impact of unintended pregnancy on service women and the military**. IbisReproductive Health, Jul 2013, revisado em Fev 2017. Cambridge, Estados Unidos.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio a Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. – 2. ed. rev. atual. – Rio de Janeiro: INCA, 2016.

LINDBERG, Laura Duberstein. Unintended pregnancy among women in the U.S. military. *Contraception*, 2011 Set; 84(3): 249-251

Organização Mundial de Saúde. **Planejamento Familiar: Um Manual Global para Profissionais e Serviços de Saúde**. OMS, 2007.

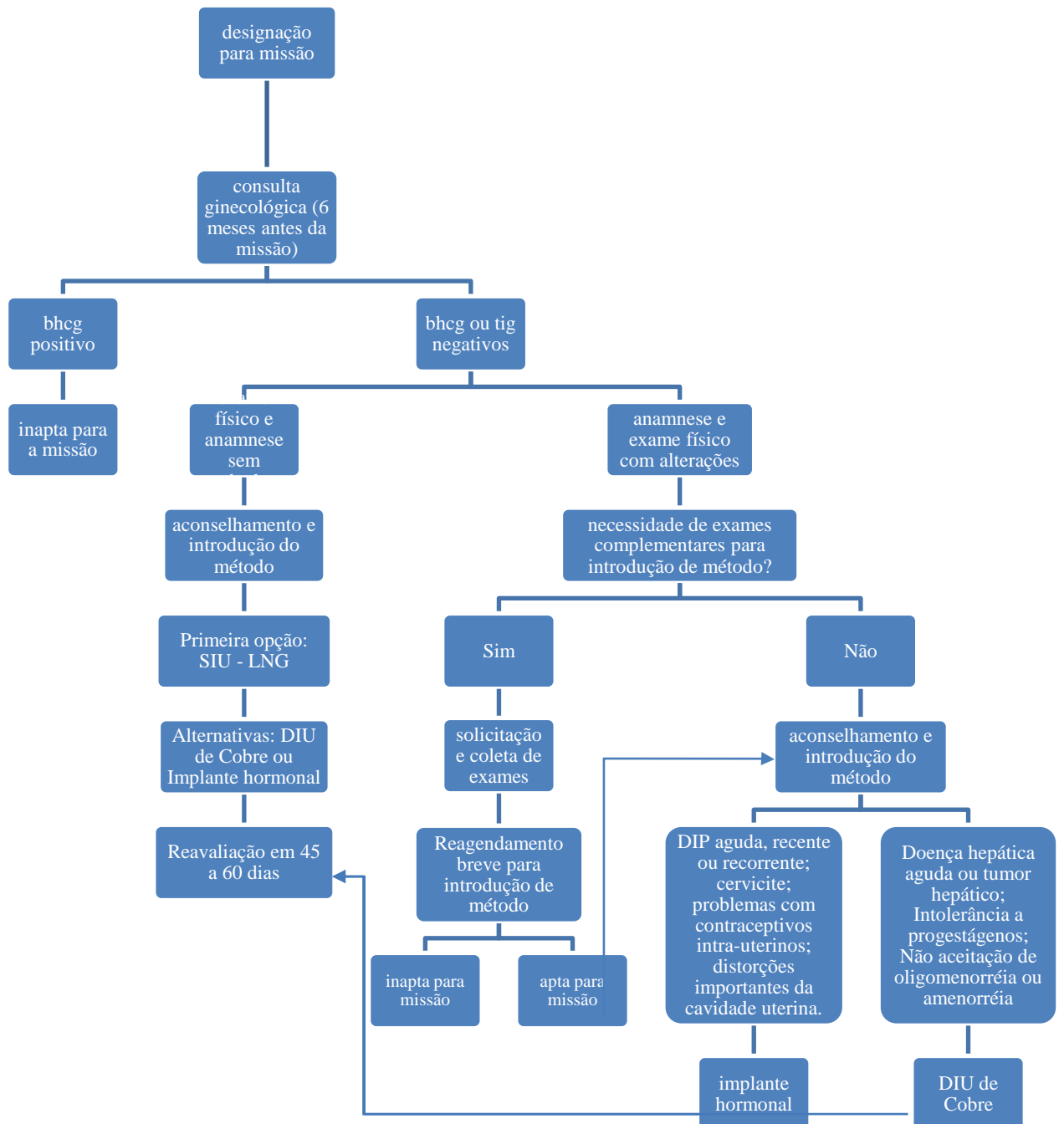
SEYMOUR, Jane W, FIX, Laura, GROSSMAN, GRINDLAY, Kate Grindlay. Facilitators and Barriers to Contraceptive Use Among U.S. Servicewomen Who Had an Abortion. **Military Medicine**, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Cartilha: Saiba tudo sobre o Câncer de Mama. Acessado em <https://www.sbmastologia.com.br/cartilhas/saiba-tudo-sobre-o-cancer-de-mama>, último acesso em 22/09/2019.

Exame físico:			
Peso:	Altura:	IMC:	PA:
Mamas:			
Inspeção estática			
Inspeção dinâmica:			
Palpação:			
Aréola e Papilas:			
Axilas e fossas:			
Vulva e períneo:			
Pilosidade:			
Lábios:			
Clitóris:			
Meato uretral:			
Gl. Bartholin/ Skene:			
Estática pélvica:			
Incontinência urinária:			
Exame especular:			
Vagina:			
Colo uterino:			
Muco cervical/ conteúdo vaginal:			
Toque bimanual:			
Assoalho pélvico:			
Colo uterino:			
Útero:			
Anexos:			
Reto:			
Paramétrios:			
Histerometria:			
Abdome:			
Outros:			
Exames complementares:			
Colpocitologia:			
Mamografia:			
Ultrassonografia transvaginal:			
Outros exames complementares:			
Exames solicitados:			
Método contraceptivo indicado:			
Opção de método contraceptivo:			
Retorno previsto:			
Impressão diagnóstica:			
Tratamento proposto:			

Apêndice B

Fluxograma do protocolo de anticoncepção em operações militares



Apêndice C –Glossário

Contracepção cirúrgica voluntária: método contraceptivo que utiliza procedimentos cirúrgicos objetivando a esterilização, masculina ou feminina. Como é um método definitivo e, em geral, irreversível, deve ser desaconselhado o seu emprego precoce, estimulando-se a adoção de métodos reversíveis e compatíveis com a idade e o estado de saúde do paciente.

Contracepção hormonal: método contraceptivo que utiliza pílulas anticoncepcionais, hormônios injetáveis ou implantações subdérmicas, cuja composição inibe a ovulação.

Contracepção intrauterina: método contraceptivo que utiliza dispositivos, de plástico ou de metal, introduzidos no interior do útero.

Controle da natalidade: é uma política de governo, geralmente coercitiva, que objetiva a redução das taxas de natalidade de um país ou de uma região, por motivos econômicos ou demográficos. O único elo comum entre o planejamento familiar e o controle da natalidade é o uso de contraceptivos para se atingir os fins desejáveis.

Esterilização: procedimento utilizado com a finalidade de impedir a reprodução. Tornar infértil.

Estresse ou Stress: Soma de respostas físicas e mentais causadas por determinados estímulos externos (estressores) e que permitem ao indivíduo (humano ou animal) superar determinadas exigências do meio ambiente, podendo levar à desgaste físico e mental. Pode ser causado por exposição a um determinado ambiente.

Ligadura ou laqueadura tubária: procedimento cirúrgico que leva à esterilização feminina. Consiste em bloquear a trompa, de maneira tal que não haja o encontro entre os espermatozoides e o óvulo.

Método comportamental ou natural: é um método contraceptivo que implica modificações no comportamento sexual do casal, visando a evitar relações sexuais durante o período fértil feminino.

Métodos de barreira: são métodos contraceptivos que impedem a gravidez por meio de obstrução na ascensão dos espermatozoides ao útero.

Planejamento familiar: é um conjunto de ações destinadas a informar, educar e proporcionar a assistência médica especializada necessária para que os casais

possam, de forma consciente, decidir, de acordo com as suas possibilidades de saúde física e psíquica, e conforme sua situação social e econômica, o número de filhos que desejarem, bem como o intervalo entre períodos de gravidez.

Vasectomia: procedimento cirúrgico que leva à esterilização masculina. É obtida pelo seccionamento dos canais deferentes, de modo a que os espermatozoides sejam impedidos de chegar à uretra.