

ANTICONCEPÇÃO E PLANEJAMENTO FAMILIAR NA CARDIOPATA

Joceni Santarem da Silva,
Alfeu Rombaldi,
Sérgio Espinosa

Membros da Equipe de Planejamento Familiar do Hospital Nossa Senhora da Conceição

Endereço para correspondência:

Rua Ramiro Barcelos, 784; CEP: 90035001
Porto Alegre, RS.

Introdução

O principal objetivo do planejamento familiar é a orientação adequada aos casais, para que, de modo voluntário, livre e consciente sejam capazes de tomarem suas próprias decisões e assim decidir 'quantos filhos querem ter e quando tê-los'. Direito inalienável, que certamente será baseado em suas condições de saúde, metas reprodutivas, preferências sexuais, religiões etc.

A formação de equipes multidisciplinares qualificou o planejamento familiar que, por sua vez, muito contribuiu na tentativa de diminuir a morbimortalidade no ciclo grávido puerperal.

Na prática diária do ambulatório, ao longo dos anos, observamos uma melhora expressiva no atendimento das cardiopatias, pois atualmente grande parte das pacientes nos chega com o assunto anticoncepção já discutido com seu cardiologista e com as linhas gerais já traçadas, assim como previsões de suas futuras gestações.

Sabemos que as afecções cardíacas no ciclo grávido puerperal variam de 1 a 1.5%, sendo a quarta causa de óbito não obstétrico, neste período (1). Enquanto o risco obstétrico aumenta em progressão aritmética, o risco cardiológico aumenta em progressão geométrica, sendo ainda magnificado por doenças associadas, tais como diabetes, tireoidopatias, colagenoses (tabela 1).

Devemos sempre informar ao casal ou a paciente de forma clara e simples, orientando quais os métodos mais indicados e por quê. Também o uso correto do método, seus para efeitos, e sinais que justifiquem seu retorno imediato ao serviço, são pontos essenciais para a continuação ou não do método, assim como o acesso garantido ao serviço tranquiliza a paciente, melhorando a relação médico-paciente.

Resumindo, quando o casal escolhe livre mas conscientemente o método anticoncepcional com que melhor se adapta, usa-o de modo mais correto, aceita melhor seus para efeitos e mantém seu uso por mais tempo. Isto leva a uma melhora na qualidade de vida, com gestações planejadas no melhor momento de cada patologia. (1,2,3)

Ferramentas Úteis

A OMS publicou uma lista de critérios que estabelecem as limitações dos diferentes métodos anticoncepcionais e que auxilia na decisão de cada caso. (tabela 2)

Devemos ter claro, quando orientamos, se a anticoncepção será definitiva ou temporária e nisso muito nos auxilia a "Classificação de Mortalidade de Clark" (tabela 3), na qual um índice de mortalidade de 25 a 50% tem contra-indicação absoluta para a gestação. Orienta-se nestes casos a esterilização definitiva, mesmo em pacientes jovens e sem filhos. Não podemos esquecer que a decisão final será sempre

do casal ou da paciente e, quando os métodos anticoncepcionais falharem nessas situações, o médico está amparado por lei para realizar a interrupção dessa gestação: referendado por escrito por dois colegas, de preferência no primeiro trimestre da gestação, em estabelecimentos credenciados (3).

Orientar para aconselhamento genético o casal com casos de cardiopatia congênita ou miocardiopatia hipertófica. Lembrar a possibilidade de repetição ou cardiopatias novas, assim como tratamentos intraútero disponíveis.

As cardiopatas com patologias cirúrgicas, como por exemplo as valvulopatias, deveriam realizar a cirurgia, se indicada, antes de planejar a gestação, pois, neste caso, passariam de cardiopatia severa para cardiopatia leve, melhorando assim o prognóstico gestacional. (1.2)

Mesmo em cardiopatas leves, o intervalo interpartal deveria ser maior que 2 anos e que previamente, a cada gestação, uma reavaliação cardiológica completa fosse efetuada. (3)

Orientar em relação às drogas potencialmente teratogênicas, como anticoagulantes orais, inibidores das enzimas de conversão, cloridrato de amiodarona, cloridrato de hidantoína, (por exemplo: a Síndrome warfarínica que ocorre em aproximadamente 10% dos fetos submetidos a anticoagulação com cumarínicos no primeiro trimestre, em gestantes cardiopatas com próteses metálicas, e lembrar, também os riscos maternos de hemorragias e tromboembolismo (4), nestes casos).

Por fim, saber que, quando se desconhece o método mais indicado para determinada cardiopatia e até que se discuta com o cardiologista a respeito, os métodos de barreira (preservativo masculino, feminino, diafragma e espermaticidas) usados muitas vezes em conjunto, são excelentes métodos temporários, não têm contra-indicações e sua eficácia pode ser melhorada com boa orientação técnica.

Métodos Comportamentais

Tabela, ritmo ou abstinência periódica - sem contra-indicações; de muito baixa eficácia e por isso não aconselhado para cardiopatas.

Métodos de Barreira

Muitas vezes são a única escolha naquele momento. Com boa orientação técnica e motivação do casal, tem seu índice de falha consideravelmente diminuído de forma considerável, chegando a 97% de eficácia.

Preservativo masculino: tabus e preconceitos impedem o aprendizado da técnica adequada de uso, baixando com isso a eficácia do método. Tem como vantagens a proteção contra DST e a não necessidade de prescrição médica. Apresenta poucos pára-efeitos, sendo o principal as reações alérgicas, principalmente nos preservativos lubrificadas.

Preservativos femininos: poucas unidades de saúde fornecem; têm custo elevado, por isso pouco é difundido. Pode deslocar na relação e, sem lubrificação adequada, pode fazer barulho. A taxa de falhas é de aproximadamente 5 gestações em 100 mulheres/ano.

Diafragma: látex côncavo com bordas flexíveis que recobre o colo uterino. Necessita consulta médica para medir o colo, após aprendizado da técnica de uso, local adequado para guardá-lo e planejamento antecipado de sua atividade sexual. Poderá ser colocado até 6 horas antes e nunca retirado antes de 8 horas após o intercuro. Sempre usado com espermaticidas tópicos. Apresenta duração de 2 anos.

Espermaticidas: são pouco confiáveis se usados isolados, em torno de 26 gestações para cada 100 mulheres/ano, mas muito usados como método complementar. Agem como lubrificante e têm proteção para algumas DST(4). Podem causar alergias. Apresentam-se sob a forma de creme, espuma, gel ou óvulos. Os mais empregados são à base de nonoxinol-9, menfegol ou cloreto de benzalcônio.

Coito interrompido: embora muito antigo, quando bem usado poderá chegar a 96% de segurança; depende do autocontrole masculino. Como existe a possibilidade de saída de espermatozoides viáveis na fase de excitação, não é medicamento indicado.

Métodos Hormonais

Anticoncepcionais orais (ACO): estão no mercado há 50 anos, tendo seus para-efeitos razoavelmente estabelecidos. Baixo índice de falhas, de 0,1 a 0,5%.

O estrogênio mais usado em ACO é o etinilestradiol, que, nas primeiras pílulas no final da década de 50, continham 150 mcg de etinil estradiol (enovid), passando após para 75 mcg e 50 mcg. Atualmente temos ACO com 30, 20 e 15 mcg de etinilestradiol. Hoje sabemos que o risco tromboembólico é dose dependente em relação ao estrogênio e que formulações de 30 microgramas ou menos de etinilestradiol são considerados de baixa dose e podem ser usados nas cardiopatias leves: aquelas com ritmo sinusal, sem aumento de câmaras cardíacas ou trombos; nas valvulopatias não complicadas; cardiopatias congênitas acianóticas; próteses biológicas normofuncionantes; miocardiopatias compensadas.

As pílulas anticoncepcionais mantêm artificialmente, no sangue, níveis de estrogênios que inibem o lobo anterior da hipófise, impedindo-a de desencadear o processo da ovulação por meio de suas gonadotrofinas o FSH (hormônio folículo estimulante) e o LH (hormônio luteinizante). Este estrogênio é transportado no sangue por proteínas transportadoras (SBGT) e por isso pode ser afetado por medicamentos indutores de enzimas hepáticas, como carbamazepina, rifampicina, primidona, griseofulvina etc.

Sabemos que a deficiência de antitrombina aumenta o risco de trombose, pois a antitrombina III é responsável por 50% da atividade anticoagulante do sangue, neutraliza a trombina, é catalizada pela heparina e é alterada pelos ACO (e dose dependente). (5)

Com a descoberta das trombofilias, deficiências do fator V de Leiden e outras alterações tromboticas, passou-se a questionar mais os gestágenos dos ACO, na sua contribuição para o agravamento do risco trombotico. Ainda não dispomos de consenso definitivo, embora alguns trabalhos evidenciem que progestágenos de segunda geração, tipo levorgestrel, seriam menos trombogênicos que os de terceira geração, tipo gestodeno. Também temos o surgimento de progesteronas completamente novas como a trimegestona e a drospirenona, com quase ausência de efeitos androgênicos e mineralocorticoide.

Anticoncepcionais orais de progesterona: ou minipílulas (tabela 4), promovem o espessamento do muco cervical, dificultando a penetração espermática, impedindo ou não a ovulação. Muito eficaz

no aleitamento (0,5/100 mulheres ano), até o sexto mês da amamentação.

Anticoncepcionais de progesterona de dose média: usado também fora da lactação, com boa eficácia. Formulados com 75 microgramas de desogestrel, não apresentam riscos importantes à saúde, são seguros e até previnem contra doença benigna de mama, câncer de endométrio e ovário. Como contra-indicações temos o aumento de peso, sangramento irregular, sensibilidade mamária, irritabilidade, depressão e diminuição de libido.

Anticoncepcionais injetáveis mensais: apresentam-se com diferentes formulações de um estrogênio natural e de um progestagênio sintético, diferentes do ACO, em que onde ambos os componentes são sintéticos. Não existem ainda informações precisas sobre a segurança a longo prazo dessas formulações (4).

Anticoncepcional hormonal injetável trimestral: composto apenas por progestágenos, o acetato de medroxiprogesterona 150 mg, é utilizado por mais de 14 milhões de mulheres em todo o mundo; é muito eficaz. A taxa de gestações é de 0,3% para cada 100 mulheres durante o primeiro ano de uso (1 em cada 333), com injeções regulares a cada 3 meses. Tem boa taxa de continuação e as causas principais de descontinuação do método são as alterações menstruais, ganho de peso e cefaléias. Além de pouquíssimas contra-indicações, ajuda a prevenir anemia ferropriva, a frequência de crises convulsivas em pacientes epiléticas e a dor e frequência de crises falciformes; diminui a incidência de gestações ectópicas. O único problema é o retorno à fertilidade, que poderá ser atrasado em mais de 6 meses.

Implantes cutâneos: no nosso meio, temos um implante com 68 mg de etonogestrel (Implanon), que libera progesterona de modo lento. Ações e paraefeitos similar ao injetável trimestral, porém de custo relativamente alto, o que limita seu uso.

Anel vaginal (nuvring) semelhante a ACO de 30 mcg, só não faz a primeira passagem. Efeitos e contra-indicações semelhantes.

Adesivo contraceptivo (Evra): aplicado na pele de várias partes do corpo, usado uma vez por semana e também equivale a ACO de 30 mcg.

Contraceção de emergência: no passado usava-se o método de Yuzpe com 200mcg de estrogênio e 1,0 mg de NETA (noretisterona) e, portanto contra-indicado a cardiopatas, pelo risco tromboembólico. Hoje usamos com segurança e sem contra-indicações preparados à base de levorgestrel - 1 comprimido de 12/12 horas até 72 horas do coito não protegido – caixas com 2 comprimidos.

A eficácia da contraceção de emergência é explicada pela inibição do processo reprodutivo antes da fecundação.

Dispositivos Intrauterinos (DIU)

Os DIUs, que no passado não eram de boa eficácia, hoje apresentam-se medicados, isto é, com adição de cobre ou progesterona (levorgestrel) e com uma taxa de gestações de 3/100 mulheres ano. Aliada ao baixo índice de falhas, encontramos a comodidade do uso. Os DIUs usados em nosso ambulatório são o T cobre 380 A, com duração de 10 anos e que agora passou para 12 anos, pela OMS. Logo, a decisão de um dia poderá deixar a paciente segura por 12 anos. Tem indicação em cardiopatias leves e é cada vez mais aceito em pacientes com próteses valvares, cardiopatias congênitas hipertólicas, estenose subaórtica, prolapso de valva mitral com regurgitação, endocardite ou febre reumática prévia, com profilaxia antibiótica prévia.

Contra-indicado em mulheres com alto risco para DST; com malformações uterinas; tumores ginecológicos ou fluxo menstrual idiopaticamente aumentado (neste caso, exceto DIU com progesterona, que diminui o fluxo menstrual de maneira considerável).

Comentários sobre a inserção e uso: poderá ser inserido em qualquer período do ciclo menstrual, sabendo-se que a paciente não esteja grávida e sem doença pélvica infecciosa. Em nosso ambulatório, inserimos o DIU - T cobre 380 A – na paciente menstruada, pela certeza de não-gestação e porque diminui a cólica da inserção

(colo permeável). Exceção só na amamentação, quando colocamos em qualquer dia após a sexta semana pós-parto.

Pode ser colocado logo após o parto ou aborto; nessas situações tem índices de expulsão um pouco maiores. Nos abortamentos incompletos infectados, usamos outro método por 3 meses e reavaliarmos; se não apresentar infecção, poderá colocar o DIU.

A grande vantagem do método é a mulher poder decidir quando e até quando usá-lo; por isso não se adia desnecessariamente a retirada de um DIU quando a mulher solicita, qualquer que seja o motivo.

Após a colocação, a mulher poderá sentir cólicas 1 a 2 dias após, necessitando antiespasmódicos ou antiinflamatórios não esteróides. Secreção vaginal aumentada por algumas semanas; menstruações volumosas e spotting (pequenos sangramentos intermenstruais) durante os primeiros meses podem ocorrer.

Qualquer dúvida que a paciente apresentar deve ser esclarecida pelo serviço, mesmo sem consulta agendada previamente. Assim auxiliamos a paciente a ter confiança no método e a usá-lo por mais tempo.

Em casos de anemia devemos retirar o DIU, fazer a reposição de ferro e investigar outras possíveis causas de metrorragias. Em infecções pélvicas agudas, leves, podemos iniciar tratamento antibiótico ao casal com Diu in situ, se o acompanhamento freqüente for possível. Sempre tratar com antibióticos que combatam blenorragia, clamídia e trichomoníase. Caso não haja melhora em 2 a 3 dias, retirar o DIU e reavaliar para decidir internação ou não (abscesso pélvico, sepsis, etc)

A taxa de gestações nas usuárias de DIU é baixa, mas quando ocorre devemos esclarecer a paciente alguns tópicos remoção ou não do Diu não modifica a taxa de abortamentos, que será sempre maior nessas usuárias do que na população em geral; a retirada do DIU é para prevenir complicações futuras, como amniorrhexis prematura, infecções ovulares, trabalho de parto prematuro. Também tranquilizar quanto a malformações fetais.

DIU com Progesterona ou Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel (Siu-Lng)

É um dispositivo intra uterino que libera aproximadamente 20 microgramas nas 24 horas de levonorgestrel na cavidade uterina, fazendo reação de corpo estranho, inibição da motilidade espermática, diminuição do muco cervical com aumento de sua viscosidade; de 45 a 90% dos ciclos permanecem ovulatórios. Apresenta eficácia similar à esterilização cirúrgica, com taxa de gravidez acumulada, nos 5 anos de uso, de 0 a 0,2/100 mulheres ano. Tem muito pouco efeito sistêmico, pois sua atuação é basicamente in útero. Seu maior para efeito é o custo, extremamente elevado e não ser fornecido por qualquer secretaria pública.

Métodos Definitivos

Vasectomia: operação rápida, sem efeitos colaterais, na qual se bloqueia os dutos deferentes, impedindo a eliminação dos espermatozoides. A reversão é possível, embora o retorno à fertilidade nem sempre.

Ligadura de Trompas

Método definitivo em que se bloqueia o trânsito nas trompas, impedindo que o espermatozoide encontre o óvulo. Pode ser realizada a céu aberto, laparotomia ou por laparoscopia, ambas com anestesia geral, e a trompa poderá ser cortada, cauterizada ou ligada, determinando com isso mais ou menos eficácia do método. A taxa de gestação varia em torno de 0,5/100 mulheres ano.

Comentários Finais

A anticoncepção e planejamento familiar na cardiopata deverá tratar da orientação de casais (ou pacientes) de modo claro, simples, direto e afetivo. O serviço deve estar pronto a esclarecer dúvidas no momento adequado, quando a paciente o procura. Deste modo, faremos um planejamento familiar adequado, com mínimas gestações não desejadas e boa qualidade de vida para as pacientes em geral e, em especial, as cardiopatas. Esperamos ainda que governos futuros possam propiciar todos os métodos anticoncepcionais disponíveis a

todas as classes sociais, independente do poder aquisitivo, apenas pela indicação científica.

TABELA 1

RG= (RC+RO).RA	
RG = risco gestacional	RO = risco obstétrico
RA = risco de doenças associadas (diabete; tireoideopatias)	RC = risco cardíaco

TABELA 2

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE	
OMS, 1996	
OMS 1	O método pode ser usado sem restrições
OMS 2	O método pode ser usado. As vantagens geralmente superam os riscos.
OMS 3	O método não deve ser usado. Os riscos superam as vantagens. Se for usado, como última escolha, acompanhamento rigoroso se fará necessário.
OMS 4	O método não deve ser usado. Apresenta um risco inaceitável

TABELA 3

Mortalidade (classificação de Clark)		
Menor 1% (cardiopatas leves)	Entre 5 a 15%	Entre 25 a 50% (contra indicação absoluta à gestação)
Defeito de septo interatrial e interventricular	Estenose mitral com fibrilação atrial	Hipertensão pulmonar primária
Persistência do canal arterial	Próteses valvares mecânicas	Hipertensão pulmonar esquistosomóticas
Valvulopatias: pulmonar e tricúspide	Próteses biológicas com disfunção	Síndrome de Eisenmenger
Tetralogia de Fallot corrigida	Coarctação da aorta não complicada	Coarctação da aorta complicada
Próteses biológicas sem disfunção	Tetralogia de Fallot não corrigida	Transplante cardíaco
Valvulopatias CF I e II:estenose mitral; insuficiência mitral; insuficiência aórtica	Valvulopatias em CF III e IV: estenose mitral; estenose aórtica	Síndrome de Marfan com raiz aórtica menor que 40 mm
Cardiomiopatias em CF I e II	Cardiomiopatias em CF III e IV	
	Infarto do miocárdio	
	Síndrome de Marfan com diâmetro aórtico normal	

CF=Classe funcional

TABELA 4

Anticoncepcionais orais com Progestagênios	
Noretisterona 0,35 mg	Micronor; Norestin
Levonorgestrel 0,030 mg	Cerazetti
Linestrenol 0,5 mg	Minipil

Estes critérios não devem ser considerados uma norma estrita e, sim uma recomendação.

Referências Bibliográficas:

1. Andrade J. **Tratamento das Complicações Cardiovasculares no Ciclo Gravídico Puerperal**. Boletim do Departamento de cardiopatia da SBC: volume 27: agosto de 2004
2. Andrade J. **Cardiopatia e Gravidez. Condutas Terapêuticas Atuais**. Boletim do Departamento de Cardiopatia da SBC; volume 24: maio de 2004.
3. FEBRASGO. **Manual de Orientação Anticoncepção**. 2004.
4. Massonetto J C; Born D. **Planejamento Familiar da Mulher Cardiopata** capítulo. 39, pág. 355 a 61.
5. Poli M. **Decisão Médica: Reflexões**. Fêmina, n/7vol 32; agosto de 2004; pág. 617-9.
6. Rombaldi A; Espinosa S; Pedrotti O. **Cardiopatia e Anticoncepção**. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul, Número 4, out/nov/dez/2001.
7. Siri L. K, MD. **Fertility Control in the Cardiac Patient**. 1998; third edition. Cardiac Problems in Pregnancy; page 453-61.