

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS



Terceira Edição



Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa
Organização Mundial da Saúde, Genebra



Dados de Catalogação-na-Fonte da Biblioteca da OMS

Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de Métodos Anticoncepcionais. – 3^a. ed.

1. Anticoncepção – métodos 2. Planejamento Familiar- métodos 3. Definição da elegibilidade – normas 4. Controle de qualidade, atenção em saúde 5. Acesso a serviços de saúde 6. Guias I. Título.

ISBN 92 4 156266 8 (Classificação NLM: WP 630)

© **Organização Mundial da Saúde 2004**

Todos os direitos reservados. As publicações da Organização Mundial da Saúde podem ser obtidas através do setor de Marketing e Divulgação, Organização Mundial da Saúde, 20 Avenue Appia, 1211 Genebra 27, Suíça (tel: +41 22 791 2476; fax: +41 22 791 4857; email: bookorders@who.int). As solicitações de permissão para reproduzir ou traduzir publicações da OMS – seja para venda ou para distribuição gratuita – devem ser dirigidas a Publicações, para o seguinte endereço (fax: +41 22 791 4806; email: permissions@who.int).

As designações empregadas e a apresentação do material contido nesta publicação não significam a emissão de qualquer opinião, seja qual for, por parte da Organização Mundial da Saúde com relação à situação jurídica de qualquer país, território, município ou região bem como de suas autoridades, ou com relação à delimitação de suas fronteiras ou limites. As linhas pontilhadas nos mapas representam linhas de fronteira aproximadas para as quais pode ainda não haver acordo integral.

A menção de empresas específicas ou de produtos de determinados fabricantes não significa que os mesmos sejam endossados ou recomendados pela Organização Mundial da Saúde em preferência a outros de natureza similar que não tenham sido mencionados. Com exceção de erros e omissões, os nomes comerciais de produtos são diferenciados pelo uso de letras iniciais maiúsculas.

A Organização Mundial da Saúde, não garante que a informação contida nesta publicação seja completa e correta e não pode ser responsabilizada por quaisquer danos decorrentes do uso deste documento.

Este documento foi traduzido ao português pelo Population Council (Escritório no Brasil) graças ao apoio financeiro do Programa de Parceria Estratégica OMS/FNUAP.



Índice

Agradecimentos

Resumo Executivo e Aspectos Gerais

Tabelas

Anticoncepcionais Orais Combinados de Baixa Dose (AOC)

Anticoncepcionais Injetáveis Combinados, Adesivo Transdérmico e Anel Vaginal (AIC-AT-AV)

Anticoncepcionais só de Progestógeno (AP)

Anticoncepcionais Orais de Emergência (AE)

Dispositivos Intrauterinos (DIU)

DIU com Cobre para Anticoncepção de Emergência (DIU-E)

Métodos de Barreira (BARR)

Métodos Baseados na Percepção da Fertilidade (MBPF)

Método da Amenorréia da Lactação (LAM)

Coito Interrompido (CI)

Anticoncepção Cirúrgica Voluntária (ACV)

Tabelas Resumo (RES)

Anexos

Anexo 1. AOC e Terapias Antirretrovirais

Anexo 2. Lista de Participantes

Agradecimentos

Este documento é resultado da colaboração entre o Departamento de Saúde Reprodutiva da Organização Mundial da Saúde e um grande número de organizações e agências internacionais que atuam no campo das políticas e programas de planejamento familiar. O financiamento e outros apoios a este projeto foram proporcionados pelo Governo dos Estados Unidos (através da Agência Norte-Americana para o Desenvolvimento Internacional, do Centro de Controle e Prevenção de Doenças e do Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano), a Federação Internacional de Paternidade e Maternidade Planejada e o Fundo de População das Nações Unidas. Gentilmente agradecemos este apoio.

Representantes de 10 agências e organizações, juntamente com 19 outros profissionais, atuaram como especialistas na reunião em que se alcançou o consenso a respeito destas recomendações para o uso de anticoncepcionais. Gostaríamos de expressar nosso profundo apreço por todos aqueles e aquelas que contribuíram com sua dedicação e conhecimentos neste exercício.

As provas nas quais se basearam as decisões do presente documento foram obtidas a partir de revisões sistemáticas da literatura realizadas e sumarizadas por Dra. KM Curtis, Dra. ME Gaffield, Sra. AP Mohllajee, Dra. K Nanda e Dra. JS Smith, os quais também propiciaram apoio substancial à Secretaria. O Dr. H Peterson foi o coordenador geral do projeto para a Secretaria da OMS, que também contou com Sra. K Church, Sra. K Curran, Sra. S Johnson e Sra. G Lamptey. Sra. C Hamill, que também fez parte da Secretaria, contribuiu substancialmente na reunião e foi responsável pelo desenho e pelo layout da publicação. Sra. M NíMhearáin ficou incumbida do projeto da capa. Gostaríamos de expressar nosso profundo apreço a estas pessoas bem como aos Drs. L Edouard, C Huezó e J Shelton por seu apoio decidido a este empreendimento.

Somos gratos aos seguintes profissionais que atuaram como revisores do sistema de Identificação Contínua de Provas de Pesquisa (CIRE): Dr. T Chipato, Dr. P Corfman, Dra. M Cravioto, Dra. V Cullins, Dr. J Diaz, Dra. S Diaz, Dra. A Glasier, Dr. J Guillebaud, Dr. M Gulmezoglu, Dra. K Hagenfeldt, Dr. P Hannaford, Dr. R Hatcher, Dr. C Huezó, Dra. V Jennings, Dra. P Lynam, Dra. P Marchbanks, Dr. O Meirik, Dra. S Mittal, Dra. K Nanda, Dr. E Otolorin, Dra. A Pollack, Dra. H Rees, Dr. R Rivera, Dr. D Skegg, Dra. C Smith, Dra. B Sood e Dra. E Weisberg.

Parte do financiamento para a impressão e divulgação desta publicação foi fornecida pelo Fundo de População das Nações Unidas à qual manifestamos o nosso agradecimento.

Para quaisquer informações adicionais sobre a presente publicação, entrar em contato com o Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Organização Mundial da Saúde, 1211 Genebra 27, Suíça. Fax direto: + 41 22 791 4189; e-mail: reproductivehealth@who.int

Exemplares adicionais poderão ser adquiridos através do Centro de Documentação, Departamento de Saúde Reprodutiva e Pesquisa, Organização Mundial de Saúde, 1211 Geneva 27, Suíça. Fax direto: + 41 22 791 4189; telefone: + 41 22 791 4447; e-mail: rhrpublications@who.int. O documento também se encontra disponível no website de Saúde Reprodutiva da OMS: www.who.int/reproductive-health. Quaisquer atualizações das informações constantes neste documento aparecerão primeiramente no site.

RESUMO EXECUTIVO	1
ASPECTOS GERAIS	2
OBJETIVO	4
ANTECEDENTES	4
ATENÇÃO EM SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	5
QUESTÕES DE ACESSO E QUALIDADE DO SERVIÇO QUE AFETAM O USO DE UM MÉTODO	6
EFICÁCIA DO MÉTODO	7
CONDIÇÕES QUE EXPÕEM UMA MULHER AO AUMENTO DE RISCO RESULTANTE DE GRAVIDEZ INDESEJADA	10
RETORNO DA FERTILIDADE	11
IST E ANTICONCEPÇÃO: DUPLA PROTEÇÃO	11
MÉTODO DE TRABALHO	11
COMO UTILIZAR ESTE DOCUMENTO	14
UTILIZAÇÃO DAS TABELAS	14
CLASSIFICAÇÃO DAS CATEGORIAS	15
UTILIZAÇÃO DAS CATEGORIAS NA PRÁTICA	16
IMPLICAÇÕES PROGRAMÁTICAS	16
CLIENTES COM NECESSIDADES ESPECIAIS	17
ADOLESCENTES	17
RESUMO DAS ALTERAÇÕES EM RELAÇÃO À SEGUNDA EDIÇÃO	18

Resumo executivo

Este documento representa um passo importante no processo de aprimoramento do acesso à qualidade da atenção em planejamento familiar por meio da análise dos critérios médicos de elegibilidade para a escolha de métodos anticoncepcionais. Ele atualiza a segunda edição de *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use* (Aprimorando o acesso e a qualidade de atenção em planejamento familiar: critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais), publicado em 2000, e resume as principais recomendações feitas numa reunião do Grupo de Trabalho realizada na Organização Mundial de Saúde, Genebra, de 21 a 24 de outubro de 2003. (Consulte o Anexo 2 para obter a lista dos participantes.) O Grupo de Trabalho reuniu 36 participantes de 18 países, incluindo representantes de muitas agências e organizações. O documento fornece recomendações para definir os critérios médicos de elegibilidade com base nos últimos dados clínicos e epidemiológicos, destinando-se a gestores de políticas públicas, a gerentes de programas de planejamento familiar e à comunidade científica. O seu objetivo é fornecer orientação a programas, de âmbito nacional, de planejamento familiar e saúde reprodutiva na elaboração de diretrizes para a prestação de serviços de anticoncepção. Não deve ser visto ou utilizado como sendo as diretrizes ou normas em si, mas sim como uma referência.

O documento abrange os seguintes métodos de planejamento familiar: anticoncepcionais orais combinados de baixa dose (AOC), anticoncepcionais injetáveis combinados (AIC), adesivo transdérmico (AT), anel vaginal (AV), pílulas só de progestogênio (PP), acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), injeção de enantato noretisterona (NET-EN), implantes de levonorgestrel (LNG) e etonogestrel (ETG), anticoncepção oral de emergência (AE), dispositivos intrauterinos com cobre (DIU), DIU liberador de levonorgestrel (LNG-DIU), DIU com cobre para anticoncepção de emergência (DIU-Cu), métodos de barreira (BARR), métodos baseados na percepção da fertilidade (MBPF), método de amenorréia da lactação (LAM), coito interrompido (CI), e anticoncepção cirúrgica voluntária (ACV), feminina (LT) ou masculina (VAS).

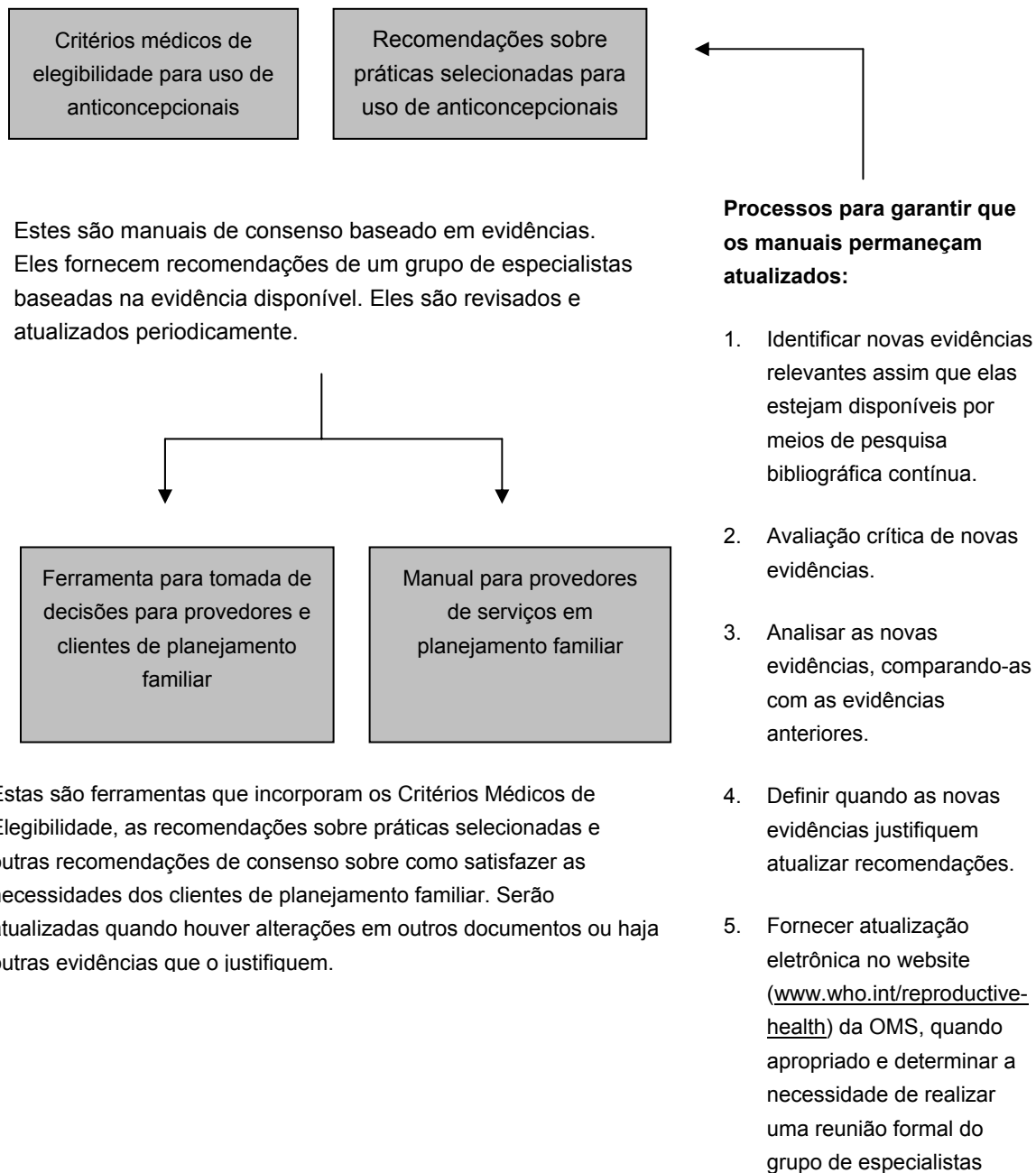
A OMS atualizará e fará acréscimos às recomendações contidas neste documento em intervalos apropriados por meio das reuniões do Grupo de Trabalho a cada três ou quatro anos e através de informações advindas de seu Grupo de Direção em Diretrizes para o planejamento familiar conforme a necessidade. Estas recomendações serão disponibilizadas no website da OMS (www.who.int/reproductive-health). O website também fornecerá informações adicionais determinadas como relevantes a estas recomendações pela OMS, ad referendum da próxima reunião formal do Grupo de Trabalho, para obtenção do consenso. Tais atualizações justificam-se, especialmente, para os temas em que as evidências mudem rapidamente. A OMS incentiva os pesquisadores a abordarem questões essenciais não resolvidas no estabelecimento de critérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais. A OMS também estimula comentários e sugestões que contribuam para o aprimoramento desta orientação.

Aspectos Gerais

Em 1999, a OMS revisou sua orientação no que concerne ao planejamento familiar e determinou que se assegurasse a criação de novas diretrizes baseadas em provas científicas. Da mesma forma, a OMS deu início a uma nova série de diretrizes para o planejamento familiar, baseadas em evidências, começando pela segunda edição do *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use*, publicado em 2000. As duas primeiras pedras angulares desta série apoiada em evidências científicas (Figura 1) são o presente documento, os *Critérios Médicos de Elegibilidade para o uso de anticoncepcionais*, que fornece orientação com relação a “quem” pode utilizar métodos anticoncepcionais com segurança e as *Recomendações sobre práticas selecionadas para o uso de anticoncepcionais*, que fornece orientação referente a “como” utilizar os métodos anticoncepcionais com segurança e eficácia.

Estes dois documentos proporcionam orientação fundamentada em evidências médicas seja na escolha (os *Critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais*) bem como na utilização (as *Recomendações sobre práticas selecionadas para uso de anticoncepcionais*) de métodos anticoncepcionais. A terceira e a quarta pedras angulares, uma ferramenta para a tomada de decisão destinada a clientes e serviços do planejamento familiar e um manual para os prestadores destes serviços, estão sendo elaborados como ferramentas práticas visando aprimorar a qualidade do aconselhamento e da prestação de serviço na área de planejamento familiar. Estas duas ferramentas incorporam os *Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de anticoncepcionais* e as *Recomendações de práticas selecionadas para uso de anticoncepcionais*. As quatro pedras angulares são melhor interpretadas e utilizadas num contexto mais amplo de atenção em saúde sexual e reprodutiva.

Figura 1. As quatro pedras angulares da orientação em planejamento familiar



Objetivo

O objetivo deste documento é fornecer àqueles que tomam decisões, aos gestores de políticas públicas e à comunidade científica um conjunto de recomendações que possam ser utilizadas na elaboração ou na revisão de diretrizes nacionais quanto aos critérios médicos de elegibilidade no uso de anticoncepcionais.

O documento não fornece diretrizes rígidas mas, pelo contrário, faz recomendações que proporcionam uma base para a racionalização da disponibilização dos diversos anticoncepcionais à luz das informações mais atualizadas disponíveis quanto à segurança dos métodos para pessoas portadoras de determinadas alterações de saúde.

Devido ao fato das situações de cada país e ambientes programáticos variar enormemente, não é adequado definir diretrizes internacionais rígidas quanto aos critérios para o uso de anticoncepcionais. Entretanto, espera-se que os programas nacionais utilizem esses critérios médicos para atualizar ou elaborar suas próprias diretrizes para elegibilidade de anticoncepcionais à luz das suas políticas nacionais de saúde bem como das suas necessidades, prioridades e recursos. A intenção é colaborar para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços de planejamento familiar. Estes aperfeiçoamentos devem ser feitos no contexto de escolhas esclarecidas por parte dos usuários e da segurança médica. A adaptação nem sempre é uma tarefa fácil sendo melhor realizada por aqueles que conhecem as alterações de saúde, comportamentos e culturas locais.

Antecedentes

Durante os últimos 30 anos, têm havido avanços significativos no desenvolvimento de novas tecnologias contraceptivas, entre elas as transições de anticoncepcionais orais combinados de alta dose para baixa dose, de DIU inertes para os com cobre e com levonorgestrel. Além disso, apareceram anticoncepcionais injetáveis combinados, adesivos transdérmicos e o anel vaginal, injetáveis e implantes só de progestogênio. Contudo, as políticas e práticas de atenção em saúde atuais, de alguns países, baseiam-se em estudos científicos de produtos anticoncepcionais que não são mais utilizados, em antigas preocupações teóricas que nunca foram comprovadas ou na preferência pessoal ou predisposição dos prestadores de serviço. Estas políticas ou práticas ultrapassadas freqüentemente resultam em limitações tanto da qualidade quanto do acesso aos serviços de planejamento familiar por parte dos clientes. Este documento pretende atualizar os critérios médicos de elegibilidade para todos os métodos disponíveis: anticoncepcionais hormonais, DIU, métodos de barreira, métodos baseados na percepção da fertilidade, coito interrompido, método de amenorréia da lactação, anticoncepção cirúrgica voluntária e anticoncepção de emergência.

Atenção em saúde sexual e reprodutiva

“Os direitos reprodutivos abrangem alguns direitos humanos que já são reconhecidos pelas leis nacionais, pelos documentos de direitos humanos internacionais e outros documentos afins que expressam consenso neste tema. Estes direitos repousam sobre o reconhecimento do direito fundamental de todos os casais e indivíduos de decidir de forma livre e responsável quanto ao número, espaçamento e momento oportuno para ter os seus filhos e a ter informações e meios para assim proceder, bem como o direito de obter o mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva.” (§95, Plataforma para a Ação de Beijing, 1995)

A atenção à saúde sexual e reprodutiva, inclusive informações e serviços de planejamento familiar, é reconhecida não apenas como uma intervenção essencial para a melhoria da saúde de homens, mulheres e crianças, mas também como um direito humano. Todos os indivíduos têm o direito ao acesso, escolha e aos benefícios do progresso científico na seleção dos métodos de planejamento familiar. Uma abordagem baseada no direito de escolha de anticoncepcionais pressupõe uma visão holística da clientela, o que inclui considerar as necessidades de atenção em saúde sexual e reprodutiva manifestadas e a considerar todos os critérios de elegibilidade apropriados para a escolha e utilização de um determinado método de planejamento familiar.

Se por um lado este documento trata primeiramente dos critérios médicos de elegibilidade para o uso de anticoncepcionais, deve-se também levar em conta considerações que envolvem critérios sociais, comportamentais e outros não-médicos, particularmente a preferência da clientela. Proporcionar escolhas de anticoncepcionais à clientela, de modo que se respeitem e se cumpram seus direitos humanos, implica permitir que tais clientes façam escolhas esclarecidas para si mesmos. As escolhas feitas pelas mulheres, no entanto, são freqüentemente impostas ou limitadas por fatores sociais, econômicos e culturais diretos e indiretos. Do ponto de vista das mulheres, as escolhas são feitas num contexto de tempo, social e cultural particulares; as escolhas são complexas e multifatoriais, estando sujeitas a alteração. A tomada de decisão envolvendo métodos anticoncepcionais geralmente requer a necessidade de se comparar entre os diferentes métodos, que podem ser mais ou menos convenientes para a/o usuária(o) de acordo com as circunstâncias, percepções e interpretações individuais.

A atenção em conformidade com os direitos humanos e reprodutivos dos e das clientes é fundamental para a qualidade da mesma. A elaboração de normas internacionais quanto aos critérios médicos de elegibilidade e recomendações de práticas para o uso de anticoncepcionais é apenas um aspecto na melhoria da qualidade da atenção em saúde reprodutiva. Muitos programas de planejamento familiar adotaram procedimentos de triagem, tratamento e acompanhamento que refletem elevados padrões de prática clínica e saúde pública, mas não devem ser vistos como requisitos de elegibilidade para métodos anticoncepcionais específicos. Estes procedimentos abrangem a triagem e o tratamento de câncer cervical, anemia e infecções sexualmente transmissíveis (IST), e a promoção do aleitamento materno e o abandono do tabagismo. Tais procedimentos devem ser vigorosamente encorajados se houver recursos humanos e materiais disponíveis para a sua execução, mas não devem ser vistos como pré-requisitos para a aceitação e o uso de métodos de planejamento familiar quando não são necessários para se estabelecer os critérios médicos de elegibilidade para a adoção ou a continuidade de um método particular.

Questões de acesso e qualidade do serviço que afetam o uso de um método

Se por um lado este documento aborda fundamentalmente os critérios médicos de elegibilidade, há também muitas outras considerações na provisão de métodos anticoncepcionais, incluindo os seguintes critérios de prestação de serviço que são universalmente relevantes para o início e acompanhamento de todo e qualquer método anticoncepcional.

- a) Os e as clientes devem receber informações adequadas para que possam tomar uma decisão voluntária e esclarecida quanto a um método anticoncepcional. As informações dadas a um/a cliente para ajudá-lo/a a fazer esta escolha deve incluir, no mínimo, o seguinte: compreensão da eficácia relativa do método; uso correto do método; como o mesmo 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 informações sobre prevenção das IST.
- b) Em relação aos métodos que requerem abordagens cirúrgicas, inserção, colocação e/ou remoção por um profissional de saúde qualificado (esterilização, implantes, DIU, diafragmas), deverá haver pessoal adequadamente treinado em instalações devidamente equipadas para que tais métodos possam ser oferecidos, devendo-se seguir os procedimentos apropriados de prevenção a infecções.
- c) Equipamentos e suprimentos adequados e apropriados precisam ser mantidos e guardados em almoxarifado (por exemplo, produtos anticoncepcionais, equipamentos e suprimentos para os procedimentos de prevenção a infecções).
- d) Devem ser fornecidas aos prestadores de serviço as diretrizes (ou cartões de cliente ou outros instrumentos de triagem) a fim de lhes permitir triar os/as clientes adequadamente quanto às condições nas quais o uso de determinados métodos anticoncepcionais implica riscos de saúde inaceitáveis.
- e) Os/as prestadores de serviço devem ser treinados/as para prestarem orientação em planejamento familiar de modo a auxiliar os e as clientes a tomarem decisões esclarecidas e voluntárias envolvendo a sua fertilidade. A orientação é um elemento essencial na qualidade da atenção sendo também uma parte importante das visitas inicial e de acompanhamento e devem atender às necessidades dos e das clientes não apenas quanto à anticoncepção mas também relativas à sexualidade e à prevenção das IST, inclusive infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Eficácia do método

A escolha do método anticoncepcional depende, em parte, da eficácia do método para se prevenir uma gravidez não planejada, a qual, por sua vez depende, para alguns métodos, não apenas da proteção proporcionada pelo próprio método, mas também do uso correto e consistência do mesmo. A Tabela 1 compara o percentual de mulheres que apresentam gravidez indesejada durante o primeiro ano do método anticoncepcional quando o método é perfeitamente usado (de forma correta e consistente) e quando o mesmo é utilizado de maneira rotineira. O uso correto e consistente pode variar enormemente em função de características tais como idade, renda, desejo dos e das usuárias de prevenir ou adiar uma gravidez, e cultura. Os métodos que dependem do uso correto e consistente pelos/as clientes apresentam uma ampla gama de eficácia. A maioria dos homens e mulheres, tendem a ser usuários mais eficientes à medida que se tornam mais experientes com um determinado método. Entretanto, aspectos programáticos também têm um profundo impacto sobre a eficácia do método a ser utilizado.

Tabela 1. Percentual de mulheres que apresentam gravidez indesejada durante o primeiro ano de uso e percentual de continuidade do uso ao final do primeiro ano, Estados Unidos.

Método (1)	% de mulheres que apresentam gravidez indesejada no primeiro ano de uso		% de mulheres que continuam utilizando após um ano (4)
	Uso típico ¹ (2)	Uso perfeito ² (3)	
Nenhum método ⁴	85	85	
Espermicidas ⁵	29	18	42
Coito interrompido	27	4	43
Abstinência periódica	25		51
Calendário		9	
Método da ovulação		3	
Método sinto-térmico ⁶		2	
Pós-ovulação		1	
Capuz cervical ⁷			
Multíparas	32	26	46
Nulíparas	16	9	57
Esponja			
Multíparas	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma ⁷ (Reality)	16	6	57
Preservativo ⁸			
Feminino	21	5	49
Masculino	15	2	53
Pílula combinada e minipílula	8	0.3	68
Adesivo transdérmico (Evra)	8	0.3	68
Anel vaginal (NuvaRing)	8	0.3	68
AMPD (Depo-Provera)	3	0.3	56
Injetável combinado (Lunelle)	3	0.05	56
DIU			
T-Cu 380 (ParaGard)	0.8	0.6	78
DIU-LNG (Mirena)	0.1	0.1	81
Implantes de LNG (Norplant e Norplant-2)	0.05	0.05	84
Esterilização feminina	0.5	0.5	100
Esterilização masculina	0.15	0.10	100

Pílulas anticoncepcionais de emergência: O tratamento iniciado dentro de 72 horas após relação desprotegida reduz o risco de gravidez no mínimo em 75%.

Método de amenorréia da lactação: LAM é um método *temporário* altamente eficaz de anticoncepção.⁹

Fonte: Trussell J. Contraceptive efficacy. In Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. *Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition*. New York NY: Ardent Media, 2004.

Observação: Esta tabela foi adaptada do documento fonte sem mencionar os nomes comerciais dos métodos.

Notas:

- ¹ Entre casais *típicos* que iniciam o uso de um método (não necessariamente pela primeira vez), o percentual que apresenta uma gravidez acidental durante o primeiro ano caso não interrompam o uso por qualquer outro motivo. As estimativas de probabilidade de gravidez durante o primeiro ano de uso típico de espermicidas, abstinência total, abstinência periódica, diafragma, preservativo masculino, pílula e Depo-Provera são obtidas da Pesquisa Nacional de Crescimento da Família de 1995 (*1995 National Survey of Family Growth*) corrigida quanto à subnotificação de aborto; consultar a fonte original (Trussel J, 2004) acima citada para se obter a derivação das estimativas para os outros métodos.
- ² Entre casais que iniciam o uso de um método (não necessariamente pela primeira vez) e que o utilizam *perfeitamente* (de modo consistente e correto), o percentual que apresenta gravidez acidental durante o primeiro ano caso não interrompam o uso por qualquer outro motivo; consultar a fonte original (Trussel J, 2004) acima citada para se obter a derivação das estimativas para cada método.
- ³ Entre casais tentando evitar a gravidez, o percentual que continua a utilizar algum método por 1 ano.
- ⁴ Os percentuais das que ficam grávidas nas colunas (2) e (3) baseiam-se em dados provenientes de populações em que a anticoncepção não é utilizada e de mulheres que deixam de usar a anticoncepção a fim de engravidarem. Entre populações em que não se utiliza a anticoncepção, cerca de 89% engravidam no prazo de 1 ano. Esta estimativa foi ligeiramente diminuída (para 85%) para representar o percentual que engravidaria dentro de 1 ano entre mulheres então adeptas de métodos reversíveis de anticoncepção caso desistissem da anticoncepção totalmente.
- ⁵ Espumas, cremes, géis, supositórios vaginais e filme vaginal.
- ⁶ Método do muco cervical (ovulação) complementado pelo calendário no período pré-ovulatório e pela temperatura basal na fase pós-ovulatória.
- ⁷ Com creme ou geléia espermicida.
- ⁸ Sem espermicidas.
- ⁹ Entretanto, para manter uma proteção efetiva contra a gravidez, deve-se utilizar outro método de anticoncepção logo que a menstruação reapareça, a frequência ou duração das mamadas é reduzida, são introduzidas mamadeiras, ou o bebê atinge 6 meses de idade.

Condições que expõem uma mulher ao aumento de risco resultante de gravidez indesejada

Mulheres portadoras de condições que possam tornar a gravidez um risco de saúde inaceitável devem ser advertidas que, por causa de suas relativamente maiores taxas de insucesso no uso típico, o uso exclusivo de métodos de barreira e métodos comportamentais de anticoncepção podem não ser a escolha mais apropriada para elas. Estas condições encontram-se indicadas na Tabela 2.

Tabela 2. Condições que expõem uma mulher a aumento de risco resultante de gravidez indesejada

Câncer de mama

Doença cardíaca valvular complicada

Diabetes: insulino-dependente; com nefropatia/retinopatia/neuropatia ou outra doença vascular; ou com > 20 anos de duração

Câncer endometrial ou ovariano

Hipertensão arterial (sistólica >160 mm Hg ou diastólica >100 mm Hg)[†]

HIV/Aids*

Doença cardíaca isquêmica

Doença trofoblástica gestacional maligna

Tumor de fígado maligno (hepatoma)

Esquistossomose com fibrose do fígado

Cirrose descompensada

Anemia falciforme

IST*

Acidente vascular cerebral

Mutações trombogênicas

Tuberculose

[†] Ao longo de todo o documento, as medições de pressão arterial são dadas em mm Hg. Para converter para kPa, multiplique por 0,1333. Por exemplo, 120/80 mm Hg = 16,0/10,7 kPa.

* Recomenda-se enfaticamente a dupla proteção no caso de HIV/AIDS e outras IST quando existir um risco de transmissão de IST/HIV. Pode-se alcançar este objetivo através do uso simultâneo de preservativos com outros métodos ou o uso consistente e correto apenas dos preservativos.

Retorno da fertilidade

O uso de métodos anticoncepcionais, com exceção da esterilização masculina e feminina, não resulta em alteração permanente da fertilidade. O retorno da fertilidade é imediato em todos os métodos, com exceção do AMPD e NET-EN; o tempo médio de demora para o retorno da fertilidade nestes métodos é de 10 a 6 meses, respectivamente, a contar da data da última injeção independentemente da duração de seu uso. As esterilizações, masculina e feminina, devem ser vistas como métodos permanentes sendo que todas as pessoas e casais que estejam considerando estes métodos devem ser aconselhados segundo o caso. Nenhum outro método produz infertilidade permanente.

IST e anticoncepção: Dupla proteção

Uma vez que a elaboração de normas internacionais para a provisão de anticoncepcionais é essencial para a qualidade da atenção nos serviços, o contexto social, cultural e comportamental de cada cliente também deve ser levado em conta. Em relação a este ponto, os problemas de exposição às IST, inclusive ao HIV, merece especial consideração por causa da mesma importância que deve assumir a prevenção à gravidez e a prevenção à transmissão de qualquer infecção. Quando existe risco de transmissão de DST/HIV, é importante que os serviços de saúde recomendem fortemente a dupla proteção a todas as pessoas que apresentem risco significativo, seja através do uso simultâneo de preservativos com outros métodos, seja através do uso consistente e correto apenas de preservativos visando tanto a prevenção da gravidez quanto a prevenção de doenças. Mulheres e homens que busquem orientação em anticoncepção devem ser sempre alertados sobre a importância do uso do preservativo na prevenção da transmissão de IST/HIV e que tal uso deve ser incentivado e facilitado nos casos apropriados. Está comprovada a elevada eficácia dos preservativos masculinos de látex no combate às IST/HIV quando utilizados de forma consistente e correta.

Método de trabalho

Este documento parte de um processo iniciado em 1994 que culminou na publicação em 1996 do documento intitulado *Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use* (aprimoramento do acesso à qualidade de atenção em planejamento familiar: critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais). No processo inicial para se chegar a um acordo quanto aos critérios apropriados de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais largamente adotados, diversas agências e organizações colaboraram numa profunda e detalhada revisão das evidências epidemiológicas e clínicas relevantes para os critérios médicos de elegibilidade dos métodos anticoncepcionais já bem estabelecidos. O processo envolveu a comparação dos critérios de elegibilidade utilizados por diferentes agências em relação a diversos anticoncepcionais, a elaboração de resumos da literatura médica e epidemiológica relevante aos mesmos critérios, e ainda a elaboração de um esboço de classificação para análise por parte de um grupo maior de especialistas e agências. Foram organizadas duas

reuniões do Grupo de Trabalho pela OMS, em março de 1994 e em maio de 1995, a fim de rever e analisar as classificações anteriores e formular recomendações; a publicação do documento seguiu-se em 1996.

A primeira revisão do documento de 1996 baseou-se nas recomendações de uma reunião do Grupo de Trabalho com especialistas realizada na OMS de 8 a 10 de março de 2000, que reuniu 32 participantes de 17 países, entre eles representantes de muitas agências e organizações. O Grupo de Trabalho analisou as novas evidências desde as últimas reuniões do GT em 1994 e em 1995. Estas novas evidências científicas foram fundamentalmente obtidas através de uma revisão sistemática da literatura mais recente, que foi conduzida com o intuito de identificar e sumarizar novas evidências relativas aos critérios médicos de elegibilidade de métodos anticoncepcionais.

Esta terceira edição do documento baseia-se nas recomendações de uma reunião do Grupo de Trabalho com especialistas realizada na OMS de 21 a 24 de outubro de 2003, a qual reuniu 36 participantes de 18 países, entre eles representantes de muitas agências e organizações. O Grupo de Trabalho (GT) era composto por especialistas internacionais em planejamento familiar, entre eles clínicos, epidemiologistas, gestores públicos e especialistas em programas desta natureza. O GT também contou com especialistas na identificação e síntese de evidências científicas bem como usuários das normas. Foi formado um Grupo Diretor da Edição das Normas e foi solicitado a todos os integrantes do Grupo de Trabalho que declarassem a existência de possíveis conflitos de interesse e nenhum foi apontado.

Utilizando-se um sistema de identificação permanente de novas evidências (denominado *Continuous Identification of Research Evidence* (CIRE) - Identificação Contínua de Evidências de Pesquisa, www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl), a OMS identificou 151 recomendações atuais para as quais havia novas evidências disponíveis desde a segunda edição. A OMS também decidiu elaborar recomendações para 3 novas condições e 3 novos métodos anticoncepcionais nesta terceira edição. Foram realizadas revisões sistemáticas para avaliar todo o corpo de evidências para estas 151 recomendações e para as novas condições e novos métodos. Uma busca sistemática e abrangente de bancos de dados bibliográficos, tais como o MEDLINE, revelou todos os estudos primários, até agosto de 2003, que descreviam o uso de métodos anticoncepcionais entre mulheres portadoras de determinadas alterações (p.ex., o risco de acidente vascular cerebral em mulheres com enxaqueca que utilizam AOC). A finalidade destas revisões sistemáticas era identificar evidências diretas quanto à adequação de uso de métodos anticoncepcionais por mulheres portadoras de condições selecionadas. Foram obtidas informações sobre evidências indiretas ou considerações teóricas relativas a estas recomendações quando se procuravam provas diretas mas estas não estavam disponíveis. A intensidade e qualidade das evidências foi graduada utilizando-se o sistema de Graus de Apreciação, Elaboração e Avaliação de Recomendações (GRADE) (www.gradeworkinggroup.org). A graduação das evidências foi fornecida ao Grupo de Trabalho à medida que cada recomendação era considerada. Questões de custo foram consideradas basicamente em termos de disponibilidade e acesso aos serviços anticoncepcionais, bem como potenciais limitações de recursos. Foram analisadas também pelo GT as implicações programáticas das recomendações. Elas dizem respeito fundamentalmente a questões de segurança e estas foram consideradas à luz de sua aplicabilidade numa variedade de cenários.

Para a maioria das recomendações (combinações de condição/método), há um número limitado de estudos que abordam o uso de um método específico por mulheres portadoras de uma condição também específica. Assim, muitas das decisões referentes aos critérios de elegibilidade utilizando-se as evidências basearam-se com freqüência necessariamente em extrapolações a partir dos estudos que lidavam com mulheres saudáveis, bem como em considerações teóricas e na opinião dos especialistas. As evidências científicas eram particularmente limitadas no caso dos produtos mais novos e àqueles de uso limitado. O corpo total de evidências considerado pelo Grupo de Trabalho abrangia:

- evidências baseadas em observações ou estudos diretos do método anticoncepcional utilizado por mulheres (ou homens) portadores da condição;
- evidências derivadas dos efeitos do método anticoncepcional adotado por mulheres (ou homens) não portadores da condição;
- evidências indiretas ou preocupações teóricas baseadas em estudos de modelos animais apropriados, estudos laboratoriais com humanos ou situações clínicas análogas.

Nos casos em que o Grupo de Trabalho possuía uma revisão sistemática das evidências a considerar no momento em que era feita uma recomendação, tal evidência é citada neste documento juntamente com a recomendação. As recomendações que não mencionam provas científicas apóiam-se na opinião de especialistas e/ou evidência obtida de outras fontes que não as revisões sistemáticas. Tal como assinalado abaixo, mais de 1000 das recomendações constantes nesta edição permanecem inalteradas em relação àquelas feitas na primeira edição. As evidências da primeira edição foram fornecidas aos Grupos de Trabalho de 1994 e 1995 numa série de textos-base elaborados tendo em vista o projeto.

A segunda edição abrangeu 1287 recomendações. Estas são amplamente utilizadas em âmbito global e, portanto, a OMS determinou que quaisquer alterações devem basear-se em novas evidências científicas a menos que haja um motivo de força maior para assim proceder. O Grupo Diretor da Edição das Normas (GD), que se reuniu em 21 de outubro de 2003, propôs que o Grupo de Trabalho de especialistas considerasse somente as recomendações provenientes da segunda edição para as quais houvesse novas evidências ou que se constituísse num caso urgente. O GT concordou com esta proposta em 22 de outubro e, assim, o tempo restante da reunião do grupo foi dedicado às 151 recomendações atuais, às três novas condições e aos três novos métodos anticoncepcionais.

Ficou a cargo do Grupo de Trabalho determinar os critérios médicos de elegibilidade para cada condição e método de anticoncepção selecionando-se uma categoria (de 1 a 4, tal como descrito abaixo). Nos casos em que o GT determinou que era necessário haver orientação além da categoria, esta orientação foi fornecida pelo GT na forma de "Esclarecimento". Nas situações em que novas evidências foram consideradas pelo GT, tais provas foram sumarizadas e apresentadas sob o título de "Evidências," na coluna denominada "Esclarecimentos/Evidências". Além dos esclarecimentos da orientação e dos resumos de evidências, foram inseridos comentários no final da seção de cada método anticoncepcional pela Secretaria da OMS para métodos e condições especiais.

A lista final com 1705 recomendações foi aprovada por todos os membros do GD e pelo Grupo de Trabalho ao término da reunião do dia 24 de outubro de 2003.

Como utilizar este documento

O presente documento destina-se a gestores de políticas públicas, a gerentes de programas de planejamento familiar e à comunidade científica. Seu objetivo é fornecer orientação a programas nacionais de planejamento familiar/saúde reprodutiva na elaboração de diretrizes para a prestação de serviços envolvendo anticoncepcionais. Não deve ser considerado ou utilizado como se fosse norma, mas como uma referência.

As orientações contidas neste documento destinam-se à interpretação no nível do país e do programa nacional de maneira a refletir a diversidade de situações e cenários nos quais os anticoncepcionais são disponibilizados. Apesar de ser improvável que a classificação das categorias contidas neste documento se alterem durante este processo, é muito provável que a aplicação destas categorias no nível ao país irão variar. Em particular, o nível de conhecimento clínico e experiência dos diversos tipos de provedores e os recursos disponíveis nos serviços deverão ser considerados.

Utilização das tabelas

O Grupo de Trabalho abordou os critérios médicos com referência ao início e a continuidade do uso de todos os métodos avaliados. A questão dos critérios de continuidade é clinicamente relevante sempre que a mulher desenvolver a condição enquanto ela estiver utilizando o método. Quando o Grupo de Trabalho determinou que as categorias para início e continuidade fossem diferentes, tais diferenças estão indicadas nas colunas 'I=Início' e 'C=Continuidade'. Nos casos em que I e C não forem denotados, a categoria é a mesma para o início e a continuidade do uso.

Com base neste sistema de classificação, os critérios médicos de elegibilidade para início e continuidade do uso de um método anticoncepcional específico são apresentados neste documento num conjunto de tabelas. A primeira coluna indica a condição. Muitas destas condições foram subdivididas para diferenciar entre os graus variáveis da condição. A segunda coluna classifica a condição quanto ao início e/ou continuidade em uma das quatro categorias descritas abaixo. Se necessário, a terceira coluna fornece esclarecimento ou evidências científicas referentes à classificação, tal como descrito na seção acima.

Uma tabela-resumo foi inserida no final do documento abrangendo os critérios médicos de elegibilidade por condição em relação aos métodos hormonais e aos DIU. Um resumo das condições ou categorias que foram revisados nesta edição encontra-se no final desta seção.

TIPO DE ANTICONCEPCIONAL		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/ EVIDÊNCIAS
Condição	Condição classificada de 1 a 4 As categorias para os métodos de percepção da fertilidade e esterilização cirúrgica encontram-se descritos no início da respectiva seção.	Esclarecimentos e evidências em relação à classificação

NA denota uma condição para a qual não foi atribuída uma classificação pelo Grupo de Trabalho mas para a qual foram fornecidos alguns esclarecimentos.

Classificação das categorias

Os critérios médicos de elegibilidade contidos neste documento basearam-se no método de trabalho descrito acima cujo objetivo é assegurar uma adequada margem de segurança.

Cada condição foi definida como representativa das características individuais (p.ex., idade, antecedente de gravidez) ou de condição médica/patológica preexistente e conhecida (p.ex., diabetes, hipertensão). Espera-se que as instituições e serviços de saúde nacionais venham a decidir os meios mais adequados para a triagem das condições de acordo com sua importância em termos de saúde pública. Os antecedentes da clientela serão, freqüentemente, a abordagem mais apropriada.

As condições que afetam a elegibilidade para o uso de cada método anticoncepcional foram classificadas em uma das quatro categorias seguintes:

- 1. Uma condição para a qual não há restrição quanto ao uso do método anticoncepcional.**
- 2. Uma condição em que a vantagem de utilizar o método geralmente supera os riscos teóricos ou comprovados.**
- 3. Uma condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de se utilizar o método.**
- 4. Uma condição que representa um risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja utilizado.**

Utilização das categorias na prática

As categorias de 1 a 4 são auto-explicativas. A classificação de um método/condição como categoria 2 indica que de forma geral o método pode ser utilizado, mas requer um acompanhamento cuidadoso. Entretanto, a disponibilização de um método a uma mulher com uma condição classificada pela categoria 3 exige um cuidadoso juízo clínico e acesso a serviços clínicos; para tal mulher, a gravidade da condição e a disponibilidade, viabilidade e aceitabilidade de métodos alternativos devem ser consideradas. Para um método/condição classificada como categoria 3, o uso desse método não é geralmente recomendado a menos que outros métodos mais apropriados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis. Será necessário haver um cuidadoso acompanhamento.

Quando os recursos para um juízo clínico forem limitados, tais como em serviços comunitários, o quadro de classificação em quatro categorias poderá ser simplificado em duas categorias. Por meio desta simplificação, uma classificação pela Categoria 3 indica que uma mulher não está em condições médicas de utilizar aquele método.

CATEGORIA	COM JUÍZO CLÍNICO	COM JUÍZO CLÍNICO LIMITADO
1	Utilize o método em quaisquer circunstâncias	Sim (Utilize o método)
2	Utilizar de modo geral o método	
3	Não se recomenda geralmente o método a menos que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis ou não sejam aceitáveis	Não (Não utilize o método)
4	O método não deve ser utilizado	

Implicações programáticas

As questões programáticas que precisam ser abordadas são:

- escolha informada,
- elementos de qualidade da atenção,
- procedimentos fundamentais de triagem para fornecimento dos métodos,

- capacitação e habilidades do prestador de serviço,
- referência e acompanhamento para uso dos anticoncepcionais de modo apropriado.

Na aplicação dos critérios médicos de elegibilidade, os procedimentos essenciais nos serviços para o uso seguro do anticoncepcional devem ser distinguidos dos procedimentos que podem ser apropriados para a boa atenção da saúde, mas não se relacionam ao uso do método. A promoção de boas práticas na atenção da saúde não relacionadas à anticoncepção segura não devem ser consideradas como pré-requisito ou como obstáculo à provisão de um método anticoncepcional, mas como um complemento ao seu uso.

Como passo seguinte, as recomendações sobre critérios de elegibilidade precisam ser consideradas à luz das circunstâncias de cada país, de modo a serem aplicáveis aos prestadores de serviço em todos os níveis do sistema de atenção. Os países deverão determinar a extensão e os meios pelos quais será possível estender seus serviços aos níveis mais primários. Isto poderá envolver uma melhoria tanto de pessoal quanto das instalações quando for viável e houver recursos financeiros para tal, ou poderá exigir a ampliação das habilidades de determinadas categorias de profissionais de saúde ou um modesto acréscimo de equipamentos e suprimentos, e a reestruturação do espaço. Também será necessário abordar questões referentes a percepções errôneas que às vezes alguns prestadores de serviço e usuários têm sobre os riscos e efeitos colaterais e observar bem de perto as necessidades e perspectivas das mulheres e homens no contexto de uma escolha informada.

Clientes com necessidades especiais

Os critérios médicos de elegibilidade tratam do uso de anticoncepcionais por pessoas que apresentam condições médicas específicas. Além disso, o fornecimento de anticoncepcionais às pessoas portadoras de necessidades especiais requer considerações adicionais. Indivíduos com deficiência física representam um destes grupos. As decisões quanto à anticoncepção apropriada deve levar em conta a natureza da deficiência física, os desejos expressos pela pessoa e a natureza do método. As decisões devem basear-se numa escolha informada. Considerações similares devem ser feitas quanto as pessoas portadoras de deficiência mental ou com doença psiquiátrica grave. Nos casos em que a natureza da condição não permitir uma escolha informada, os anticoncepcionais devem ser fornecidos somente após exaustiva discussão com todas as partes envolvidas inclusive os responsáveis legais. Os direitos reprodutivos do indivíduo devem ser considerados em qualquer uma destas decisões.

Adolescentes

Em geral, os e as adolescentes têm condições de utilizar qualquer método de anticoncepção e devem ter acesso a uma variedade de opções anticoncepcionais. A idade em si não constitui uma razão médica para se negar qualquer método a adolescentes. Apesar de algumas preocupações terem sido expressas com relação ao uso de determinados métodos anticoncepcionais por adolescentes (p.ex., o uso de injetáveis só de progestogênios por menores de 18 anos), estas preocupações devem ser contrabalançadas com as vantagens de se evitar uma gravidez. É claro que muitos dos mesmos critérios médicos de elegibilidade que se aplicam a clientes com mais idade se

aplicam aos/às jovens. Entretanto, algumas condições (p.ex., desordens cardiovasculares) que podem limitar o uso de alguns métodos em mulheres mais velhas, geralmente não afetam as jovens uma vez que tais condições são raras nesta faixa etária. Questões sociais e comportamentais devem constituir importantes considerações na escolha dos métodos anticoncepcionais por parte de adolescentes. Por exemplo, em alguns cenários, os e as adolescentes também apresentam maior risco em relação às IST, inclusive o HIV. Apesar das adolescentes poderem escolher utilizar quaisquer dos métodos anticoncepcionais disponíveis nos seus locais de origem, em alguns casos, o uso de métodos que não exijam um regime diário pode ser o mais adequado. Adolescentes, casadas ou não, também têm demonstrado serem menos tolerantes aos efeitos colaterais e, por isso, apresentam taxas mais elevadas de abandono. A escolha do método também poderá ser influenciada por fatores tais como relações sexuais esporádicas e necessidade de esconder a atividade sexual e o uso de anticoncepcionais. Por exemplo, adolescentes sexualmente ativas que não sejam casadas apresentam diferentes necessidades em relação às casadas que desejam adiar, espaçar ou limitar a gravidez. A ampliação do número de escolhas de métodos oferecidos pode conduzir a um aumento de satisfação, a uma maior aceitação e prevalência do uso de anticoncepcionais. A orientação apropriada tanto antes como durante a seleção do método pode ajudar as adolescentes a lidarem com problemas específicos e a tomarem decisões esclarecidas e voluntárias. Deve-se empreender todo e qualquer esforço para impedir que os custos do serviço e do método sejam um fator limitante das opções disponíveis.

Resumo das alterações em relação à segunda edição

A Tabela 3 fornece um resumo das modificações de classificação ou principais modificações de condição em relação à segunda edição.

Reconhece-se que alguns dos critérios de elegibilidade contidos neste relatório precisam ser revistos à luz das novas descobertas de pesquisa advindas de estudos que estão sendo realizados e/ou que estejam atualmente em curso. Pretende-se que este documento seja atualizado continuamente de modo a refletir as últimas descobertas e evidências científicas alcançadas.

Tabela 3. Resumo das alterações em relação à segunda edição

(Condições para as quais houve uma mudança de classificação para um ou mais métodos ou uma importante modificação quanto à descrição da condição. As classificações alteradas encontram-se destacadas em azul.)

TABELAS RESUMO							
CONDIÇÃO	AOC	AIC	PP	AMPD NET-EN	LNG/ ETG	DIU-CU	DIU-LNG
I = Início, C = Continuidade							
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS							
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	1	1	1	1	1
DOENÇA CARDIOVASCULAR							
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	4	4	2	2	2	1	2
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS							
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	1	1	1	1	1	1
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR							
MIOMAS UTERINOS							
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	1	1
b) Com distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	4	4

TABELAS RESUMO									
CONDIÇÃO	AOC	AIC	PP	AMPD NET-EN	LNG/ ETG	DIU-CU		DIU-LNG	
I = Início, C = Continuidade									
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)									
a) DIP anterior (supondo não haver fator de risco atual de IST)						I	C	I	C
(i) seguida de gravidez	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ii) não seguida de gravidez	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) DIP – atual	1	1	1	1	1	4	2	4	2
IST						I	C	I	C
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	1	1	1	1	1	4	2	4	2
b) Outras IST (excluindo HIV e hepatite)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginite (inclusive tricomoníase e vaginose bacteriana)	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Risco aumentado para IST	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
HIV/AIDS									
						I	C	I	C
RISCO ELEVADO DE HIV	1	1	1	1	1	2	2	2	2
INFECTADA COM HIV	1	1	1	1	1	2	2	2	2
AIDS	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Clinicamente bem mas em terapia ARV	Ver TERAPIA ANTIRRETROVIRAL abaixo					2	2	2	2

TABELAS RESUMO							
CONDIÇÃO	AOC	AIC	PP	AMPD NET-EN	LNG/ ETG	DIU-CU	DIU-LNG
I = Início, C = Continuidade							
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS							
MEDICAMENTOS QUE AFETAM ENZIMAS HEPÁTICAS							
a) Rifampicina	3	2	3	2	3	1	1
b) Alguns anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3	2	3	2	3	1	1
ANTIBIÓTICOS (excluindo rifampicina)							
a) Griseofulvina	2	1	2	1	2	1	1
b) Outros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1
TERAPIA ANTI-RETROVIRAL						I C	I C
	2	2	2	2	2	2/3 2	2/3 2

Adicionalmente, foram feitas as seguintes alterações que não foram inseridas no resumo das alterações:

1. Adesivos transdérmicos, anel e implantes de etonogestrel

Foram acrescentados três novos métodos (adesivos transdérmicos, anel e implantes de etonogestrel). Os *adesivos transdérmicos* e o anel foram agrupados junto com os AIC, mas receberam as mesmas categorias dos AOC. Os implantes de etonogestrel foram agrupados e receberam as mesmas classificações de categoria dos implantes de levonorgestrel.

2. Métodos de barreira

Para as condições de elevado risco de HIV, pessoa já infectada com HIV ou com aids, o uso de espermicida é Categoria 4.

Para as condições de elevado risco de HIV, pessoa já infectada com HIV ou com aids, diafragma (com espermicida) e capuz cervical são Categoria 3.

3. Esterilização cirúrgica feminina

As mutações trombogênicas conhecidas (p.ex. Fator V de Leiden; Mutação de protrombina; deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina) foram adicionadas em relação a esterilização cirúrgica feminina estando na Categoria A.

As alterações depressivas foram acrescentadas para a esterilização cirúrgica feminina sendo Categoria C.

Para as outras IST (excluindo o HIV e hepatite), a esterilização cirúrgica feminina é Categoria A.

Para a cirurgia abdominal ou pélvica anterior, a esterilização cirúrgica feminina é Categoria C.

4. Esterilização cirúrgica masculina

A idade jovem foi adicionada para a esterilização cirúrgica masculina, sendo Categoria C.

As alterações depressivas foram acrescentadas para a esterilização cirúrgica masculina sendo Categoria C.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS	1
GRAVIDEZ	1
IDADE*	1
PARIDADE	1
PÓS-ABORTO	1
TABAGISMO.....	2
OBESIDADE	2
MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	2
DOENÇA CARDIOVASCULAR	2
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL.....	2
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ	3
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*	4
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS	4
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL*	4
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	4
AVC*	4
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	5
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR*	6
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	6
EPILEPSIA	6
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	6
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS.....	6
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR	7
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL*	7
ENDOMETRIOSE*	7
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS.....	7
DISMENORRÉIA INTENSA.....	7
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	7
ECTRÓPIO CERVICAL*	7
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC).....	7
CANCER DE COLO UTERINO*	8
DOENÇA MAMÁRIA *	8
CÂNCER ENDOMETRIAL *	8
CÂNCER OVARIANO*	8
MIOMAS UTERINOS*	8
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*	8
IST*	9
HIV/AIDS	9
ALTO RISCO DE HIV*	9
PESSOA INFECTADA COM HIV.....	9
AIDS	9
EM TERAPIA COM ARV	9
OUTRAS INFECÇÕES	9
ESQUISTOSSOMOSE	9
MALÁRIA	10
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS	10
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE	10
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS	10
ANTECEDENTE DE COLESTASE*	11
HEPATITE VIRAL *	11
CIRROSE*	11
TUMORES DO FÍGADO*	11

ANEMIAS	11
TALASSEMIA*	11
ANEMIA FALCIFORME	11
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO*	11
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	11
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS DO FÍGADO.....	11
ANTIBIÓTICOS.....	12
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.....	12
COMENTÁRIOS ADICIONAIS	13
REFERÊNCIAS PARA ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE	15

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS		
GRAVIDEZ	NA	Esclarecimento: O uso de AOC não é necessário. Não há riscos demonstrados para a mulher, a evolução da gravidez ou para o feto caso sejam usados AOC acidentalmente durante a gravidez.
IDADE*		
a) Menarca a < 40 anos	1	
b) ≥ 40 anos	2	
PARIDADE		
a) Nulípara	1	
b) Multípara	1	
AMAMENTAÇÃO*		
a) < 6 semanas pós-parto	4	
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses pós-parto	3	
c) ≥ 6 meses pós-parto	2	
PÓS-PARTO* (em mulheres que não amamentam)		
a) < 21 dias	3	
b) ≥ 21 dias	1	
PÓS-ABORTO		
a) Primeiro trimestre	1	Esclarecimento: Os AOC podem ser iniciados imediatamente após o aborto.
b) Segundo trimestre	1	
c) Após aborto séptico	1	
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR*	1	
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
TABAGISMO		
a) Idade < 35 anos	2	Evidências: Usuárias de AOC que fumavam tiveram aumento de risco de doenças cardiovasculares, especialmente infarto do miocárdio, quando comparadas às que não fumavam. Os estudos também demonstraram um aumento do risco de infarto do miocárdio proporcional ao número de cigarros fumados por dia. ¹⁻¹²
b) Idade ≥ 35 anos		
(i) <15 cigarros/dia	3	
(ii) ≥15 cigarros/dia	4	
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	Evidências: Mulheres obesas que utilizaram AOC tiveram aumento do risco de trombose venosa quando comparadas com não usuárias. O risco absoluto de trombose venosa permaneceu baixo. Os dados são limitados ao impacto da obesidade sobre a eficácia do AOC. ^{6, 13, 14}
MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	NA	Esclarecimento: É desejável que as medições de pressão arterial sejam feitas antes do início do uso de AOC. Contudo, em alguns serviços não é possível realizar estas medições. Em muitos destes serviços, a morbidade por gravidez e os riscos de mortalidade são elevados, no entanto os AOC são um dos poucos métodos amplamente disponíveis. Em tais situações, não se deve negar às mulheres o uso de AOC simplesmente em função do fato de que não se possa medir sua pressão arterial.
DOENÇA CARDIOVASCULAR		
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tais como idade ≥ 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)	3/4	Esclarecimento: Quando uma mulher apresenta múltiplos fatores de risco importantes, sendo que qualquer um deles isoladamente aumentaria substancialmente o risco de doença cardiovascular, o uso de AOC poderá aumentar o risco da mulher para um nível inaceitável. Contudo, não se recomenda uma simples adição de categorias para múltiplos fatores de risco; por exemplo, uma combinação de dois fatores de risco designados como categoria 2 não implicam necessariamente numa categoria mais alta.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
HIPERTENSÃO*		
Para todas as categorias de hipertensão, as classificações baseiam-se no pressuposto de que não existam outros fatores de risco de doença cardiovascular. Quando de fato houver múltiplos fatores de risco, poderá aumentar substancialmente o risco de doença cardiovascular. Uma única medição da pressão arterial não é suficiente para se classificar uma mulher como hipertensa.		
a) Antecedente de hipertensão, em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	3	Esclarecimento: Recomenda-se a avaliação da causa e do nível de hipertensão, assim que possível. Evidências: Mulheres que não passaram por verificação da pressão arterial antes de tomarem AOC apresentaram aumento do risco de infarto agudo do miocárdio e AVC. ¹⁵⁻¹⁹
b) Hipertensão adequadamente controlada, em que a pressão arterial PODE ser avaliada	3	Esclarecimento: Mulheres com hipertensão adequadamente tratada apresentam menor risco de infarto agudo do miocárdio e AVC quando comparadas com mulheres não tratadas. Embora não haja dados, as usuárias de AOC com hipertensão adequadamente monitorada e controlada devem ter menor risco de infarto agudo do miocárdio e AVC quando comparadas com usuárias de AOC hipertensas que não sejam tratadas.
c) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)		
(i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	3	Evidências: Entre mulheres com hipertensão, as usuárias de AOC apresentaram risco aumentado de AVC, infarto agudo do miocárdio e doença arterial periférica quando comparadas com não usuárias. ^{1, 3, 9-11, 15-31}
(ii) sistólica ≥160 ou diastólica ≥100	4	
d) Doença vascular	4	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (em que a pressão arterial atual é medida e encontra-se normal)	2	Evidências: Mulheres que apresentaram um antecedente de pressão arterial alta na gravidez e que também utilizaram AOC, tiveram aumento do risco de infarto do miocárdio e tromboembolismo venoso, quando comparadas com usuárias de AOC que não tinham antecedente de pressão alta durante a gravidez. Os riscos absolutos de infarto agudo do miocárdio e tromboembolismo venoso nesta população permaneceram baixos. ^{11, 17-19, 21, 32-37}

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*		
a) Antecedente de TVP/EP	4	
b) TVP/EP atual	4	
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau)	2	
d) Cirurgia de grande porte		
(i) com imobilização prolongada	4	
(ii) sem imobilização prolongada	2	
e) Cirurgia menor sem imobilização	1	
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	4	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados por causa da raridade das condições e o alto custo dos exames. Evidências: Entre mulheres portadoras de mutações trombogênicas, as usuárias de AOC apresentaram risco de duas a vinte vezes maior de trombose do que as não usuárias. ³⁸⁻⁵¹
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL*		
a) Veias varicosas	1	
b) Tromboflebite superficial	2	
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	4	
AVC* (antecedente de acidente vascular cerebral)	4	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	2/3	Esclarecimentos: Exames de rotina não são adequados por causa da raridade das condições e do elevado custo dos exames. Apesar de alguns tipos de hiperlipidemias constituírem fatores de risco para doença vascular, a categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo, sua gravidade e presença de outros fatores de risco cardiovascular.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR* a) Não complicada b) Complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, antecedente de endocardite bacteriana subaguda)	2 4	
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS		
CEFALÉIA*	I	C
a) Sem enxaqueca (leve ou intensa)	1	2
b) Com enxaqueca (i) sem aura <i>Idade < 35</i> <i>Idade ≥ 35</i> (ii) com aura, de qualquer idade	2 3 4	3 4 4
Esclarecimento: A classificação depende do diagnóstico preciso das cefaléias entre enxaquecas e não enxaquecas. Qualquer nova cefaléia ou alterações marcadas da cefaléia devem ser avaliadas. A classificação refere-se a mulheres sem nenhum outro fator de risco de AVC. O risco de AVC aumenta com a idade, hipertensão e tabagismo.		
Evidências: Entre mulheres com enxaqueca, aquelas que também apresentavam aura tinham maior risco de AVC do que aquelas sem aura. ⁵²⁻⁵⁴ Entre mulheres com enxaqueca, as que utilizaram AOC apresentaram um risco de 2 a 4 vezes maior de AVC quando comparadas com mulheres que não utilizavam AOC. ^{20, 26-28, 53-58}		
EPILEPSIA	1	
Esclarecimento: Caso uma mulher esteja tomando anticonvulsivantes consultar a seção sobre interações medicamentosas. Alguns anticonvulsivantes reduzem a eficácia do AOC.		
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS		
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	
Esclarecimento: A classificação baseia-se nos dados de mulheres com determinadas desordens depressivas. Não se dispões dados sobre desordem bipolar ou depressão pós-parto. Há uma potencial interação medicamentosa entre certos antidepressivos e anticoncepcionais hormonais.		
Evidências: O uso de AOC não aumentou os sintomas depressivos em mulheres portadoras da condição quando comparadas com o grupo controle. ⁵⁹⁻⁶¹		

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR		
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL*		
a) Padrão irregular <i>sem</i> sangramento intenso	1	
b) Sangramento intenso ou prolongado (padrões tanto regulares quanto irregulares)	1	Esclarecimento: Sangramentos intensos fora do normal devem levantar a suspeita de condição subjacente grave.
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL* (suspeita de condição grave) Antes da avaliação	2	Esclarecimento: Se houver suspeita de gravidez ou condição patológica subjacente (tal como câncer ginecológico), a mesma deve ser avaliada e a categoria ajustada após a avaliação.
ENDOMETRIOSE*	1	
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	1	
DISMENORRÉIA INTENSA	1	Evidências: Não houve aumento de risco de efeitos colaterais pelo uso de AOC entre mulheres com dismenorréia comparadas com mulheres que não utilizavam AOC. Algumas usuárias de AOC apresentaram redução da dor e do sangramento. ^{62, 63}
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL		
a) Benigna	1	Evidências: Entre mulheres com doença trofoblástica gestacional benigna ou maligna, não há diferença nos tempos médios para normalização de HCG ou incidência de doença trofoblástica pós-molar para usuárias de AOC quando comparadas a usuárias de métodos não hormonais. ⁶⁴⁻⁷¹
b) Maligna	1	
ECTRÓPIO CERVICAL*	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	2	Evidências: Entre mulheres com infecção por HPV persistente, o uso prolongado de AOC (≥ 5 anos) pode aumentar o risco de carcinoma <i>in situ</i> e de carcinoma invasivo. ⁷²

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
CANCER DE COLO UTERINO* (à espera de tratamento)	2	
DOENÇA MAMÁRIA *		
a) Massa não diagnosticada	2	Esclarecimento: A avaliação deve ser realizada o mais cedo possível. Evidências: Entre usuárias de AOC com antecedente de câncer de mama na família, não houve aumento do risco de câncer de mama quando comparadas com não usuárias de AOC que apresentavam antecedente familiar deste tipo de câncer. ⁷³⁻⁸⁰ Entre mulheres com mutações BRCA1, as usuárias de AOC podem apresentar pequeno aumento do risco de câncer de mama quando comparadas com as não usuárias. ⁸¹⁻⁸³
b) Doença mamária benigna	1	
c) Antecedente familiar de câncer	1	
d) Câncer de mama (i) atual	4	
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	3	
CÂNCER ENDOMETRIAL *	1	
CÂNCER OVARIANO*	1	
MIOMAS UTERINOS*		
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	
b) Com distorção da cavidade uterina	1	
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*		
a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para IST)		
(i) com gravidez subsequente	1	
(ii) sem gravidez subsequente	1	
b) DIP - atual	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
IST*		
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	1	
b) Outras IST (exceto HIV e hepatite)	1	
c) Vaginite (inclusive tricomoníase e vaginose bacteriana)	1	
d) Risco aumentado para IST	1	Evidência: As evidências sugerem que pode haver risco aumentado de cervicite por clamídia em usuárias de AOC com alto risco de ITS. Para outras ITS há algumas evidências mostrando que não há associação entre uso de AOC e ITS e outros estudos não permitem tirar conclusões.
HIV/AIDS		
ALTO RISCO DE HIV*	1	Evidências: De modo geral, as evidências são inconsistentes com relação a haver ou não aumento do risco de aquisição do HIV entre usuárias de AOC quando comparadas com não usuárias. ¹⁶¹⁻¹⁹⁸
PESSOA INFECTADA COM HIV	1	Evidências: Evidências limitadas sugerem não haver associação entre uso de AOC e alterações nos níveis de RNA ou contagens de CD4 entre mulheres infectadas com HIV. Há também evidência limitada demonstrando não haver associação entre uso de AOC e transmissão do HIV de mulher para homem, e resultados mistos referentes ao aumento do risco de HIV e vírus do herpes simples (HSV) disseminando-se entre mulheres infectadas por HIV que utilizem contracepção hormonal. ^{161, 199-204}
AIDS Em terapia com ARV	1 2	Esclarecimento: Caso uma mulher esteja tomando terapia antirretroviral (ARV), consultar a seção sobre interações medicamentosas. Dada a possibilidade de haver interações medicamentosas entre os anticoncepcionais hormonais e ARV, classifica-se a aids com terapia ARV como sendo Categoria 2.
OUTRAS INFECÇÕES		
ESQUISTOSSOMOSE		
a) Não complicada	1	Evidências: Entre mulheres com esquistossomose não complicada, o uso de AOC não apresentou efeitos adversos da função hepática. ²⁰⁵⁻²¹¹
b) Fibrose hepática (se intensa, consultar cirrose)	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
TUBERCULOSE		
a) Não pélvica	1	Esclarecimento: Caso a mulher esteja tomando rifampicina, consultar a seção sobre interações medicamentosas. É provável que rifampicina reduza a eficácia do AOC.
b) Pélvica conhecida	1	
MALÁRIA	1	
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS		
DIABETES*		
a) Antecedente de doença gestacional	1	Esclarecimento: A categoria deve ser avaliada de acordo com a intensidade da condição.
b) Sem doença vascular		
(i) não insulino-dependente	2	
(ii) insulino-dependente	2	
c) Com nefropatia/retinopatia/neuropatia	3/4	Esclarecimento: A categoria deve ser avaliada de acordo com a intensidade da condição.
d) Com outra doença vascular ou diabetes com duração > 20 anos	3/4	
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE		
a) Bócio simples	1	
b) Hipertireoidismo	1	
c) Hipotireoidismo	1	
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS		
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR*		
a) Sintomática		
(i) tratada por colecistectomia	2	
(ii) tratada clinicamente	3	
(iii) atual	3	
b) Assintomática	2	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
ANTECEDENTE DE COLESTASE*		
a) Relacionada à gravidez	2	
b) Relacionada ao uso de AOC no passado	3	
HEPATITE VIRAL*		
a) Ativa	4	
b) Portadora	1	
CIRROSE*		
a) Compensada	3	
b) Descompensada	4	
TUMORES DO FÍGADO*		
a) Benigno (adenoma)	4	
b) Maligno (hepatoma)	4	
ANEMIAS		
TALASSEMIA*	1	
ANEMIA FALCIFORME	2	
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO*	1	
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS		
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS DO FÍGADO		
a) Rifampicina	3	Esclarecimento: Embora a interação de rifampicina ou alguns anticonvulsivantes com AOC não seja perniciosa às mulheres, é provável que reduza a eficácia dos AOC. Deve-se incentivar o uso de outros anticoncepcionais a mulheres que sejam usuárias de longo prazo de quaisquer destes medicamentos. Ainda não se tem clareza se é benéfico aumentar a dosagem de hormônio dos AOC. Evidências: O uso de rifampicina e alguns anticonvulsivantes diminuíram a eficácia contraceptiva dos AOC. ²¹²⁻²³⁷
b) Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS COMBINADOS DE BAIXA DOSE (AOC) ≤ 35 µg de etinilestradiol	Os AOC não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou junto a outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuidade	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
ANTIBIÓTICOS (exceto Rifampicina) a) Griseofulvina b) Outros antibióticos	2 1	Evidências: A eficácia contraceptiva dos AOC não foi afetada pela administração simultânea da maioria dos antibióticos de amplo espectro. ²³⁸⁻²⁹⁰
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	2	Esclarecimento: É importante observar que os medicamentos antirretrovirais (ARV) têm o potencial tanto de aumentar quanto de diminuir a biodisponibilidade dos hormônios esteróides dos anticoncepcionais hormonais. Os dados disponíveis são limitados (encontram-se descritos no Anexo 1) e sugerem que as potenciais interações medicamentosas entre muitos ARV (particularmente alguns inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeo (ITRNN) e inibidores de protease (IP) e anticoncepcionais hormonais podem alterar a segurança e eficácia tanto dos anticoncepcionais hormonais quanto dos ARV. Não se sabe se a eficácia contraceptiva dos anticoncepcionais injetáveis que usam apenas progestógeno (como é o caso do acetato de medroxiprogesterona de depósito e enantato de noretisterona) ficaria comprometida, uma vez que estes métodos oferecem níveis hormonais sanguíneos mais elevados que outros anticoncepcionais hormonais só com progestógeno, e também superior aos anticoncepcionais orais combinados. Há estudos em curso com o intuito de avaliar as potenciais interações entre o acetato de medroxiprogesterona de depósito e determinados medicamentos do tipo IP e ITRNN. Assim, se uma mulher que está em tratamento com ARV decidir iniciar ou continuar o uso de anticoncepcional hormonal, recomenda-se o uso consistente de preservativos para prevenir a transmissão do HIV e também se poderá compensar qualquer possível redução na eficácia do anticoncepcional hormonal. Evidências: Consultar o Anexo 1.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

Comentários Adicionais

IDADE

Menarca a < 40 anos: Preocupações de ordem teórica a respeito do uso de anticoncepcionais hormonais combinados entre jovens adolescentes não foram fundamentadas.

≥ 40 anos: O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade podendo também aumentar com o uso de anticoncepcional hormonal combinado. Na ausência de outras condições clínicas adversas, os anticoncepcionais hormonais combinados poderão ser utilizados até a menopausa.

AMAMENTAÇÃO

< 6 semanas após o parto: Há uma certa preocupação teórica de que o recém-nascido possa estar em risco devido à exposição a hormônios esteróides durante as primeiras 6 semanas depois do parto.

≥ 6 semanas a < 6 meses: O uso de AOC durante a amamentação diminui a quantidade de leite nos seios, reduz a duração da lactação podendo, portanto, prejudicar o crescimento do bebê.

PÓS-PARTO

< 21 dias: Há uma certa preocupação teórica que diz respeito à associação entre o uso de anticoncepcional hormonal combinado até 3 semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e fibrinólise normalizam-se cerca de 3 semanas após o parto.

GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR

O risco de gravidez ectópica no futuro aumenta entre mulheres que já tiveram uma gravidez deste tipo no passado. Os anticoncepcionais hormonais combinados proporcionam proteção contra gravidez em geral, inclusive gravidez ectópica.

HIPERTENSÃO

Doença vascular: Entre mulheres com doença vascular subjacente, deve-se evitar o aumento do risco de trombose arterial vinculado ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)

Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau): Certas condições que aumentam o risco de TVP/EP são hereditárias.

Cirurgia de grande porte: O grau de risco de TVP/EP vinculado a uma cirurgia de grande porte varia de acordo com o tempo em que a mulher permanece imobilizada. Não há necessidade de interromper os anticoncepcionais hormonais combinados antes da esterilização cirúrgica feminina.

TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL

Veias varicosas (varizes): Varizes não constituem fator de risco para TVP/EP.

DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA

Entre mulheres com doença vascular subjacente, deve-se evitar o aumento do risco de trombose arterial vinculado ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

AVC

Entre mulheres com doença vascular subjacente, deve-se evitar o aumento do risco de trombose arterial vinculado ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

DOENÇA CARDÍACA VALVULAR

Entre mulheres com doença cardíaca valvular, o uso de anticoncepcional hormonal combinado poderá aumentar ainda mais o risco de trombose arterial; mulheres com doença cardíaca valvular complicada apresentam o maior risco.

CEFALÉIAS

A aura é um sintoma neurológico focal específico. Para obter maiores informações sobre este e outros critérios de diagnóstico, consultar: o Subcomitê de Classificação de Cefaléia da Sociedade Internacional de Cefaléia. *The International Classification of Headache Disorders* (classificação internacional de desordens por cefaléia), 2ª Edição. Cefalalgia. 2004; 24 (Supl 1): 1- 150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

PADRÕES DE SAGRAMENTO VAGINAL

Padrões irregulares de sangramento menstrual são comuns entre mulheres saudáveis.

SAGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL

Não há condições que provoquem sangramento vaginal que possam ser pioradas a curto prazo devido ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados.

ENDOMETRIOSE

Os anticoncepcionais hormonais combinados não deterioram, e podem até aliviar, os sintomas de endometriose.

ECTRÓPIO CERVICAL

Ectrópio cervical não é um fator de risco para câncer cervical, não havendo necessidade de restringir a utilização de anticoncepcional hormonal combinado.

CÂNCER CERVICAL (à espera de tratamento)

Há uma certa preocupação teórica de que o uso de anticoncepcional hormonal combinado possa afetar o prognóstico de uma doença já existente. Enquanto aguardam pelo tratamento, as mulheres podem utilizar os anticoncepcionais hormonais combinados. Em geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

DOENÇA MAMÁRIA

Antecedente familiar de câncer: Mulheres com mutações do tipo BRCA1 ou BRCA2 apresentam um risco de base muito mais elevado de desenvolver câncer de mama do que mulheres que não apresentam estas mutações. A maioria das mulheres com antecedente de câncer de mama na família não apresentam tais mutações.

Câncer de mama: O câncer de mama é um tumor hormônio dependente, por isso o prognóstico de mulheres com câncer de mama atual ou recente pode piorar com o uso de anticoncepcional hormonal combinado.

CÂNCER ENDOMETRIAL

O uso de AOC reduz o risco de se desenvolver câncer endometrial. Enquanto aguardam tratamento, as mulheres poderão utilizar AOC. Em geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

CÂNCER OVARIANO

O uso de AOC reduz o risco de se desenvolver câncer ovariano. Enquanto aguardam tratamento, as mulheres poderão utilizar AOC. Em geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

MIOMAS UTERINOS

Os AOC parecem não causar o crescimento de miomas uterinos.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Os AOC podem reduzir o risco de DIP entre mulheres com IST, mas não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior.

IST

Os AOC podem reduzir o risco de DIP entre mulheres com IST, mas não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior.

RISCO ELEVADO DE HIV

Os AOC podem reduzir o risco de DIP entre mulheres com IST, mas não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior.

DIABETES

Embora a tolerância a carboidratos possa alterar-se em função do uso de anticoncepcional hormonal combinado, as maiores preocupações são doença vascular devido a diabetes e risco adicional de trombose arterial devido ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR

Os AOC podem provocar um pequeno aumento do risco de doença da vesícula biliar. Também há preocupação de que os AOC possam agravar doença da vesícula biliar já existente.

ANTECEDENTE DE COLESTASE

Relacionada a gravidez: Um antecedente de colestase relacionada a gravidez pode antever um aumento do risco de se desenvolver colestase associada ao uso de AOC.

Relacionada a AOC no passado: Um antecedente de colestase relacionada ao uso de AOC antevê um aumento do risco com o uso subsequente de AOC.

HEPATITE VIRAL

Ativa: Os AOC são metabolizados pelo fígado, por isso o seu uso poderá ser prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida.

CIRROSE

Os AOC são metabolizados pelo fígado, por isso o seu uso poderá ser prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida.

TUMORES DO FÍGADO

Os AOC são metabolizados pelo fígado, por isso o seu uso poderá ser prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida. O uso de AOC também pode intensificar o crescimento de tumores.

TALASSEMIA

Há evidências anedóticas, provenientes de países em que a talassemia é prevalente, de que o uso de AOC não agrava a condição.

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

O uso de anticoncepcional hormonal combinado pode reduzir a perda de sangue menstrual.

Referências para anticoncepcionais orais combinados de baixa dose

1. Gillum LA, Mamidipudi SK, Johnston SC. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: a meta-analysis. *JAMA*, 2000, 284:72-8.
2. Jick SS et al. Oral contraceptives and breast cancer. *British Journal of Cancer*, 1989, 59:618-21.
3. Khader YS et al. Oral contraceptives use and the risk of myocardial infarction: a meta-analysis. *Contraception*, 2003, 68:11-7.
4. Lawson DH, Davidson JF, Jick H. Oral contraceptive use and venous thromboembolism: absence of an effect of smoking. *BMJ*, 1977, 2:729-30.
5. Lidegaard O, Edstrom B, Kreiner S. Oral contraceptives and venous thromboembolism. A case-control study. *Contraception*, 1998, 57:291-301.
6. Nightingale AL et al. The effects of age, body mass index, smoking and general health on the risk of venous thromboembolism in users of combined oral contraceptives. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:265-74.
7. Petitti DB et al. Risk of vascular disease in women. Smoking, oral contraceptives, noncontraceptive estrogens, and other factors. *JAMA*, 1979, 242:1150-4.
8. Straneva P et al. Smoking, oral contraceptives, and cardiovascular reactivity to stress. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 95:78-83.
9. Tanis BC et al. Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:1787-93.
10. Van den Bosch MA et al. The RATIO study: oral contraceptives and the risk of peripheral arterial disease in young women. *Journal of Thrombosis and Haemostasis*, 2003, 1:439-44.
11. WHO. Venous thromboembolic disease and combined oral contraceptives: results of international multicentre case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1995, 346:1575-82.
12. Rosenberg L et al. Low-dose oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 2001, 161:1065-70.
13. Abdollahi MC. Obesity: risk of venous thrombosis and the interaction with coagulation factor levels and oral contraceptive use. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:493-8.
14. Holt VL, Cushing-Haugen KL, Daling JR. Body weight and risk of oral contraceptive failure. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:820-7.
15. Heinemann LA et al. Thromboembolic stroke in young women. A European case-control study on oral contraceptives. Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1998, 57:29-37.
16. Lewis MA et al. The use of oral contraceptives and the occurrence of acute myocardial infarction in young women. Results from the Transnational Study on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. *Contraception*, 1997, 56:129-40.
17. WHO. Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:505-10.
18. WHO. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: results of an international, multicentre, case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1996, 348:498-505.
19. WHO. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*, 1997, 349:1202-9.
20. Collaborative Group for the Study of Stroke in Young Women. Oral contraceptives and stroke in young women: associated risk factors. *JAMA*, 1975, 231:718-22.
21. Croft P, Hannaford PC. Risk factors for acute myocardial infarction in women: evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ*, 1989, 298:165-8.
22. D'Avanzo B et al. Oral contraceptive use and risk of myocardial infarction: an Italian case-control study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1994, 48:324-5.
23. Dunn NR et al. Risk of myocardial infarction in young female smokers. *Heart (British Cardiac Society)*, 1999, 82:581-3.
24. Hannaford PC, Croft PR, Kay CR. Oral contraception and stroke. Evidence from the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *Stroke*, 1994, 25:935-42.
25. Kemmeren JM et al. Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke*, 2002, 33:1202-8.

26. Lidegaard O. Oral contraception and risk of a cerebral thromboembolic attack: results of a case-control study. *BMJ*, 1993, 306:956-63.
27. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1995, 102:153-9.
28. Lidegaard O, Kreiner S. Contraceptives and cerebral thrombosis: a five-year national case-control study. *Contraception*, 2002, 65:197-205.
29. Lubianca JN, Faccin CS, Fuchs FD. Oral contraceptives: a risk factor for uncontrolled blood pressure among hypertensive women. *Contraception*, 2003, 67:19-24.
30. Narkiewicz K et al. Ambulatory blood pressure in mild hypertensive women taking oral contraceptives. A case-control study. *American Journal of Hypertension*, 1995, 8:249-53.
31. Siritho S et al. Risk of ischemic stroke among users of the oral contraceptive pill: The Melbourne Risk Factor Study (MERFS) Group. *Stroke*, 2003, 34:1575-80.
32. Aberg H, Karlsson L, Melander S. Studies on toxemia of pregnancy with special reference to blood pressure. II. Results after 6-11 years' follow-up. *Uppsala Journal of Medical Sciences*, 1978, 83:97-102.
33. Carmichael SM, Taylor MM, Ayers CR. Oral contraceptives, hypertension, and toxemia. *Obstetrics & Gynecology*, 1970, 35:371-6.
34. Meinel H, Ihle R, Laschinski M. [Effect of hormonal contraceptives on blood pressure following pregnancy-induced hypertension]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1987, 109:527-31.
35. Pritchard JA, Pritchard SA. Blood pressure response to estrogen-progestin oral contraceptive after pregnancy-induced hypertension. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:733-9.
36. Sibai BM et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1986, 155:501-9.
37. Sibai BM et al. Pregnancies complicated by HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): subsequent pregnancy outcome and long-term prognosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1995, 172:125-9.
38. Andersen BS et al. Third generation oral contraceptives and heritable thrombophilia as risk factors of non-fatal venous thromboembolism. *Thrombosis & Haemostasis*, 1998, 79:28-31.
39. Andersen BS, Olsen J. Oral contraception and factor V Leiden mutation in relation to localization of deep vein thrombosis. *Thrombosis Research*, 1998, 90:191-4.
40. Bloemenkamp KW et al. Enhancement by factor V Leiden mutation of risk of deep-vein thrombosis associated with oral contraceptives containing a third-generation progestagen. *Lancet*, 1995, 346:1593-6.
41. Bloemenkamp KW et al. Higher risk of venous thrombosis during early use of oral contraceptives in women with inherited clotting defects. *Archives of Internal Medicine*, 2000, 160:49-52.
42. de Bruijn SF et al. Case-control study of risk of cerebral sinus thrombosis in oral contraceptive users and in [correction of who are] carriers of hereditary prothrombotic conditions. The Cerebral Venous Sinus Thrombosis Study Group.[erratum appears in *BMJ* 1998 Mar 14;316(7134):822]. *BMJ*, 1998, 316:589-92.
43. Emmerich J et al. Combined effect of factor V Leiden and prothrombin 20210A on the risk of venous thromboembolism--pooled analysis of 8 case-control studies including 2310 cases and 3204 controls. Study Group for Pooled-Analysis in Venous Thromboembolism.[erratum appears in *Thromb Haemost* 2001 Dec;86(6):1598]. *Thrombosis & Haemostasis*, 2001, 86:809-16.
44. Legnani C et al. Venous thromboembolism in young women; role of thrombophilic mutations and oral contraceptive use. *European Heart Journal*, 2002, 23:984-90.
45. Martinelli I et al. High risk of cerebral-vein thrombosis in carriers of a prothrombin-gene mutation and in users of oral contraceptives. *New England Journal of Medicine*, 1998, 338:1793-7.
46. Martinelli I et al. Interaction between the G20210A mutation of the prothrombin gene and oral contraceptive use in deep vein thrombosis. *Arteriosclerosis, Thrombosis & Vascular Biology*, 1999, 19:700-3.
47. Middeldorp S et al. A prospective study of asymptomatic carriers of the factor V Leiden mutation to determine the incidence of venous thromboembolism. *Annals of Internal Medicine*, 2001, 135:322-7.
48. Santamaria A et al. Risk of thrombosis associated with oral contraceptives of women from 97 families with inherited thrombophilia: high risk of thrombosis in carriers of the G20210A mutation of the prothrombin gene. *Haematologica*, 2001, 86:965-71.

49. Spannagl M, Heinemann LA, Schramm W. Are factor V Leiden carriers who use oral contraceptives at extreme risk for venous thromboembolism? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 5:105-12.
50. Vandenbroucke JP et al. Increased risk of venous thrombosis in oral-contraceptive users who are carriers of factor V Leiden mutation. *Lancet*, 1994, 344:1453-7.
51. Vaya AM. Prothrombin G20210A mutation and oral contraceptive use increase upper-extremity deep vein thrombotic risk. *Thrombosis & Haemostasis*, 2003, 89:452-7.
52. Carolei A, Marini C, De Matteis G. History of migraine and risk of cerebral ischaemia in young adults. The Italian National Research Council Study Group on Stroke in the Young. *Lancet*, 1996, 347:1503-6.
53. Chang CL, Donaghy M, Poulter N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ*, 1999, 318:13-8.
54. Tzourio C et al. Case-control study of migraine and risk of ischaemic stroke in young women. *BMJ*, 1995, 310:830-3.
55. Donaghy M, Chang CL, Poulter N. Duration, frequency, recency, and type of migraine and the risk of ischaemic stroke in women of childbearing age. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2002, 73:747-50.
56. Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease (Letter). *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1996, 103:94.
57. MacGregor EA, Guillebaud J. Combined oral contraceptives, migraine and ischaemic stroke. Clinical and Scientific Committee of the Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care and the Family Planning Association. *British Journal of Family Planning*, 1998, 24:55-60.
58. Schwartz SM et al. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women: a pooled analysis of two US studies. *Stroke*, 1998, 29:2277-84.
59. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.
60. Deijen JB et al. Use of a monophasic, low-dose oral contraceptive in relation to mental functioning. *Contraception*, 1992, 46:359-67.
61. Herzberg BN et al. Oral contraceptives, depression, and libido. *BMJ*, 1971, 3:495-500.
62. Hendrix SL, Alexander NJ. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception*, 2002, 66:393-9.
63. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001, CD002120.
64. Berkowitz RS et al. Oral contraceptives and postmolar trophoblastic disease. *Obstetrics & Gynecology*, 1981, 58:474-7.
65. Curry SL et al. Hormonal contraception and trophoblastic sequelae after hydatidiform mole (a Gynecologic Oncology Group Study) *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:805-9.
66. Deicas RE et al. The role of contraception in the development of postmolar gestational trophoblastic tumor. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 78:221-6.
67. Eddy GL et al. Postmolar trophoblastic disease in women using hormonal contraception with and without estrogen. *Obstetrics & Gynecology*, 1983, 62:736-40.
68. Goldberg GL et al. Medroxyprogesterone acetate in non-metastatic gestational trophoblastic disease. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1987, 94:22-5.
69. Morrow P et al. The influence of oral contraceptives on the postmolar human chorionic gonadotropin regression curve. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 151:906-14.
70. Stone M et al. Relationship of oral contraception to development of trophoblastic tumour after evacuation of a hydatidiform mole. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1976, 83:913-6.
71. Ho Yuen B, Burch P. Relationship of oral contraceptives and the intrauterine contraceptive devices to the regression of concentrations of the beta subunit of human chorionic gonadotropin and invasive complications after molar pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:214-7.
72. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
73. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with breast cancer and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Lancet*, 1996, 347:1713-27.

74. Brinton LA et al. Modification of oral contraceptive relationships on breast cancer risk by selected factors among younger women. *Contraception*, 1997, 55:197-203.
75. Colditz GA, Rosner BA, Speizer FE for the Nurses' Health Study Research Group. Risk factors for breast cancer according to family history of breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute*, 1996, 88:365-71.
76. Egan KM et al. Risk factors for breast cancer in women with a breast cancer family history. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 1998, 7:359-64.
77. Grabrick DM et al. Risk of breast cancer with oral contraceptive use in women with a family history of breast cancer. *JAMA*, 2000, 284:1791-8.
78. Harris RE, Zang EA, Wynder EL. Oral contraceptives and breast cancer risk: a case-control study. *International Journal of Epidemiology*, 1990, 19:240-6.
79. Marchbanks PA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine*, 2002, 346:2025-32.
80. Rosenberg L et al. Case-control study of oral contraceptive use and risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 1996, 143:25-37.
81. Heimdal K, Skovlund E, Moller P. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detection & Prevention*, 2002, 26:23-7.
82. Narod SA et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer in BRCA1 and BRCA2 mutation carriers. *Journal of the National Cancer Institute*, 2002, 94:1773-9.
83. Ursin G et al. Does oral contraceptive use increase the risk of breast cancer in women with BRCA1/BRCA2 mutations more than in other women? *Cancer Research*, 1997, 57:3678-81.
84. The Italian MEGIC Group. Determinants of cervical Chlamydia trachomatis infection in Italy. *Genitourinary Medicine*, 1993, 69:123-5.
85. Ackers JP et al. Antitrichomonal antibody in the vaginal secretions of women infected with *T. vaginalis*. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:319-23.
86. Acosta-Cazares B, Ruiz-Maya L, Escobedo de la Pena J. Prevalence and risk factors for Chlamydia trachomatis infection in low-income rural and suburban populations of Mexico. *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:283-8.
87. Addiss DG et al. Selective screening for Chlamydia trachomatis infection in nonurban family planning clinics in Wisconsin. *Family Planning Perspectives*, 1987, 19:252-6.
88. Arya OP, Mallinson H, Goddard AD. Epidemiological and clinical correlates of chlamydial infection of the cervix. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:118-24.
89. Austin H, Louv WC, Alexander WJ. A case-control study of spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1984, 251:2822-4.
90. Avonts D et al. Incidence of uncomplicated genital infections in women using oral contraception or an intrauterine device: a prospective study. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:23-9.
91. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
92. Barbone F et al. A follow-up study of methods of contraception, sexual activity, and rates of trichomoniasis, candidiasis, and bacterial vaginosis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1990, 163:510-4.
93. Barnes RC et al. Quantitative culture of endocervical Chlamydia trachomatis. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:774-80.
94. Berger GS, Keith L, Moss W. Prevalence of gonorrhoea among women using various methods of contraception. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:307-9.
95. Bhattacharyya MN, Jephcott AE. Diagnosis of gonorrhoea in women--Influence of the contraceptive pill. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 2:21-4.
96. Blum M, Pery J, Kitai E. The link between contraceptive methods and Chlamydia trachomatis infection. *Advances in Contraception*, 1988, 4:233-9.
97. Bontis J et al. Detection of Chlamydia trachomatis in asymptomatic women: relationship to history, contraception, and cervicitis. *Advances in Contraception*, 1994, 10:309-15.
98. Bramley M, Kinghorn G. Do oral contraceptives inhibit *Trichomonas vaginalis*? *Sexually Transmitted Diseases*, 1979, 6:261-3.
99. Bro F, Juul S. Predictors of Chlamydia trachomatis infection in women in general practice. *Family Practice*, 1990, 7:138-43.
100. Burns DC et al. Isolation of Chlamydia from women attending a clinic for sexually transmitted disease. *British Journal of Venereal Diseases*, 1975, 51:314-8.
101. Ceruti M et al. Methods of contraception and rates of genital infections. *Clinical & Experimental Obstetrics & Gynecology*, 1994, 21:119-23.

102. Chacko MR, Lovchik JC. Chlamydia trachomatis infection in sexually active adolescents: prevalence and risk factors. *Pediatrics*, 1984, 73:836-40.
103. Cottingham J, Hunter D. Chlamydia trachomatis and oral contraceptive use: a quantitative review. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:209-16.
104. Crowley T et al. Hormonal factors and the laboratory detection of Chlamydia trachomatis in women: implications for screening? *International Journal of STD & AIDS*, 1997, 8:25-31.
105. Edwards D, Phillips D, Stancombe S. Chlamydia trachomatis infection at a family planning clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:333-5.
106. Evans BA et al. Predictors of seropositivity to herpes simplex virus type 2 in women. *International Journal of STD & AIDS*, 2003, 14:30-6.
107. Evans DL et al. Detection of Chlamydia trachomatis in adolescent females using direct immunofluorescence. *Clinical Pediatrics*, 1988, 27:223-8.
108. Fish AN et al. Chlamydia trachomatis infection in a gynaecology clinic population: identification of high-risk groups and the value of contact tracing. *European Journal of Obstetrics, Gynecology, & Reproductive Biology*, 1989, 31:67-74.
109. Fouts AC, Kraus SJ. Trichomonas vaginalis: reevaluation of its clinical presentation and laboratory diagnosis. *Journal of Infectious Diseases*, 1980, 141:137-43.
110. Fraser JJ, Jr., Rettig PJ, Kaplan DW. Prevalence of cervical Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female adolescents. *Pediatrics*, 1983, 71:333-6.
111. Gertig DM et al. Risk factors for sexually transmitted diseases among women attending family planning clinics in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Genitourinary Medicine*, 1997, 73:39-43.
112. Green J. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. *British Journal of Cancer*, 2003, 88:1713-20.
113. Griffiths M, Hindley D. Gonococcal pelvic inflammatory disease, oral contraceptives, and cervical mucus. *Genitourinary Medicine*, 1985, 61:67.
114. Han Y et al. Risk profile for Chlamydia infection in women from public health clinics in New York State. *Journal of Community Health*, 1993, 18:1-9.
115. Handsfield HH et al. Criteria for selective screening for Chlamydia trachomatis infection in women attending family planning clinics. *JAMA*, 1986, 255:1730-4.
116. Hanna NF et al. The relation between vaginal pH and the microbiological status in vaginitis. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1985, 92:1267-71.
117. Harrison HR et al. Cervical Chlamydia trachomatis infection in university women: relationship to history, contraception, ectopy, and cervicitis. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1985, 153:244-51.
118. Hart G. Factors associated with genital chlamydial and gonococcal infection in females. *Genitourinary Medicine*, 1992, 68:217-20.
119. Herrmann B et al. Genital chlamydial infection among women in Nicaragua: validity of direct fluorescent antibody testing, prevalence, risk factors and clinical manifestations. *Genitourinary Medicine*, 1996, 72:20-6.
120. Hewitt AB. Oral contraception among special clinic patients. With particular reference to the diagnosis of gonorrhoea. *British Journal of Venereal Diseases*, 1970, 46:106-7.
121. Hilton AL et al. Chlamydia A in the female genital tract. *British Journal of Venereal Diseases*, 1974, 50:1-10.
122. Hiltunen-Back E et al. A nationwide sentinel clinic survey of chlamydia trachomatis infection in Finland. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:252-8.
123. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
124. Jaffe LR et al. Chlamydia trachomatis detection in adolescents. A comparison of direct specimen and tissue culture methods. *Journal of Adolescent Health Care*, 1986, 7:401-4.
125. Jick H et al. Vaginal spermicides and gonorrhoea. *JAMA*, 1982, 248:1619-21.
126. Johannisson G, Karamustafa A, Brorson J. Influence of copper salts on gonococci. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:176-7.
127. Keith L, Berer GS, Moss W. Cervical gonorrhoea in women using different methods of contraception. *Journal of the American Venereal Disease Association*, 1976, 3:17-9.
128. Kinghorn GR, Waugh MA. Oral contraceptive use and prevalence of infection with Chlamydia trachomatis in women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:187-90.
129. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.

130. Lefevre JC et al. Lower genital tract infections in women: comparison of clinical and epidemiologic findings with microbiology. *Sexually Transmitted Diseases*, 1988, 15:110-3.
131. Louv WC et al. Oral contraceptive use and the risk of chlamydial and gonococcal infections. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:396-402.
132. Lowe TL, Kraus SJ. Quantitation of *Neisseria gonorrhoeae* from women with gonorrhoea. *Journal of Infectious Diseases*, 1976, 133:621-6.
133. Lycke E et al. The risk of transmission of genital *Chlamydia trachomatis* infection is less than that of genital *Neisseria gonorrhoeae* infection. *Sexually Transmitted Diseases*, 1980, 7:6-10.
134. Macaulay ME et al. A prospective study of genital infections in a family-planning clinic. 2. *Chlamydia* infection--the identification of a high-risk group. *Epidemiology & Infection*, 1990, 104:55-61.
135. Magder LS et al. Factors related to genital *Chlamydia trachomatis* and its diagnosis by culture in a sexually transmitted disease clinic. *American Journal of Epidemiology*, 1988, 128:298-308.
136. Magder LS et al. Effect of patient characteristics on performance of an enzyme immunoassay for detecting cervical *Chlamydia trachomatis* infection. *Journal of Clinical Microbiology*, 1990, 28:781-4.
137. Masse R et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection: prevalence and determinants among women presenting for routine gynecologic examination. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 1991, 145:953-61.
138. McCormack WM, Reynolds GH. Effect of menstrual cycle and method of contraception on recovery of *Neisseria gonorrhoeae*. *JAMA*, 1982, 247:1292-4.
139. Nayyar KC et al. Isolation of *Chlamydia trachomatis* from women attending a clinic for sexually transmitted diseases. *British Journal of Venereal Diseases*, 1976, 52:396-8.
140. Oh MK et al. *Chlamydia trachomatis* cervical infection and oral contraceptive use among adolescent girls. *Journal of Adolescent Health Care*, 1989, 10:376-81.
141. Oriol JD et al. Infection of the uterine cervix with *Chlamydia trachomatis*. *Journal of Infectious Diseases*, 1978, 137:443-51.
142. Paavonen J, Vesterinen E. *Chlamydia trachomatis* in cervicitis and urethritis in women. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1982, 32:45-54.
143. Park BJ et al. Contraceptive methods and the risk of *Chlamydia trachomatis* infection in young women. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:771-8.
144. Pereira LH et al. Cytomegalovirus infection among women attending a sexually transmitted disease clinic: association with clinical symptoms and other sexually transmitted diseases. *American Journal of Epidemiology*, 1990, 131:683-92.
145. Reed BD, Huck W, Zazove P. Differentiation of *Gardnerella vaginalis*, *Candida albicans*, and *Trichomonas vaginalis* infections of the vagina. *Journal of Family Practice*, 1989, 28:673-80.
146. Ripa KT et al. *Chlamydia trachomatis* cervicitis in gynecologic outpatients. *Obstetrics & Gynecology*, 1978, 52:698-702.
147. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for *Chlamydia trachomatis* on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
148. Schachter J, Stoner E, Moncada J. Screening for chlamydial infections in women attending family planning clinics. *Western Journal of Medicine*, 1983, 138:375-9.
149. Sellors JW et al. Incidence, clearance and predictors of human papillomavirus infection in women. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*, 2003, 168:421-5.
150. Sessa R et al. Epidemiology of urogenital infections caused by *Chlamydia trachomatis* and outline of characteristic features of patients at risk. *Journal of Medical Microbiology*, 1994, 41:168-72.
151. Shafer MA et al. *Chlamydia trachomatis*: important relationships to race, contraception, lower genital tract infection, and Papanicolaou smear. *Journal of Pediatrics*, 1984, 104:141-6.
152. Smith JS et al. Prevalence and risk factors for herpes simplex virus type 2 infection among middle-age women in Brazil and the Philippines. *Sexually Transmitted Diseases*, 2001, 28:187-94.
153. Staerfelt F et al. A survey of genital infections in patients attending a clinic for sexually transmitted diseases. *Scandinavian Journal of Infectious Diseases - Supplementum*, 1983, 40:53-7.
154. Svensson L, Westrom L, Mardh PA. *Chlamydia trachomatis* in women attending a gynaecological outpatient clinic with lower genital tract infection. *British Journal of Venereal Diseases*, 1981, 57:259-62.
155. Tait IA et al. Chlamydial infection of the cervix in contacts of men with nongonococcal urethritis. *British Journal of Venereal Diseases*, 1980, 56:37-45.

156. Willmott FE, Mair HJ. Genital herpesvirus infection in women attending a venereal diseases clinic. *British Journal of Venereal Diseases*, 1978, 54:341-3.
157. Winer RL et al. Genital human papillomavirus infection: incidence and risk factors in a cohort of female university students.[erratum appears in Am J Epidemiol. 2003 May 1;157(9):858]. *American Journal of Epidemiology*, 2003, 157:218-26.
158. Winter L, Goldy AS, Baer C. Prevalence and epidemiologic correlates of Chlamydia trachomatis in rural and urban populations. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:30-6.
159. Wolinska WH, Melamed MR. Herpes genitalis in women attending Planned Parenthood of New York City. *Acta Cytologica*, 1970, 14:239-42.
160. Woolfitt JM, Watt L. Chlamydial infection of the urogenital tract in promiscuous and non-promiscuous women. *British Journal of Venereal Diseases*, 1977, 53:93-5.
161. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
162. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
163. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
164. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
165. Chao A et al. National University of Rwanda-Johns Hopkins University AIDS Research Team. Risk factors associated with prevalent HIV-1 infection among pregnant women in Rwanda. *International Journal of Epidemiology*, 1994, 23:371-80.
166. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
167. de Vincenzi I. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. A longitudinal study of human immunodeficiency virus transmission by heterosexual partners. *New England Journal of Medicine*, 1994, 331:341-6.
168. Ellerbrock TV et al. Heterosexually transmitted human immunodeficiency virus infection among pregnant women in a rural Florida community. *New England Journal of Medicine*, 1992, 327:1704-9.
169. Gray JA et al. HIV-1 infection among female commercial sex workers in rural Thailand. *AIDS*, 1997, 11:89-94.
170. Guimaraes MD et al. Rio de Janeiro Heterosexual Study Group. HIV infection among female partners of seropositive men in Brazil. *American Journal of Epidemiology*, 1995, 142:538-47.
171. Hira SK et al. Oral contraceptive use and HIV infection. *International Journal of STD & AIDS*, 1990, 1:447-8.
172. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
173. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
174. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
175. Kuananusont C et al. HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand. *Lancet*, 1995, 345:1078-83.
176. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993, 7:95-102.
177. Latif AS et al. Genital ulcers and transmission of HIV among couples in Zimbabwe. *AIDS*, 1989, 3:519-23.
178. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
179. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
180. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
181. Moss GB et al. Association of cervical ectopy with heterosexual transmission of human immunodeficiency virus: results of a study of couples in Nairobi, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 164:588-91.
182. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.

183. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
184. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
185. Pineda JA et al. HIV-1 infection among non-intravenous drug user female prostitutes in Spain. No evidence of evolution to pattern II. *AIDS*, 1992, 6:1365-9.
186. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
187. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-9.
188. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
189. Saracco A et al. Man-to-woman sexual transmission of HIV: longitudinal study of 343 steady partners of infected men. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1993, 6:497-502.
190. Simonsen JN et al. HIV infection among lower socioeconomic strata prostitutes in Nairobi. *AIDS*, 1990, 4:139-44.
191. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
192. Siraprapasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
193. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
194. Stephenson JM. Systematic review of hormonal contraception and risk of HIV transmission: when to resist meta-analysis. *AIDS*, 1998, 12:545-53.
195. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.
196. Temmerman M et al. Maternal human immunodeficiency virus-1 infection and pregnancy outcome. *Obstetrics & Gynecology*, 1994, 83:495-501.
197. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.
198. Wang CC, Reilly M, Kreiss JK. Risk of HIV infection in oral contraceptive pill users: a meta-analysis.[erratum appears in J Acquir Immune Defic Syndr 1999 Aug 15;21(5):428]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 1999, 21:51-8.
199. Cejtin HEJ. Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women. *AIDS*, 2003, 17:1702-4.
200. Clemetson DB et al. Detection of HIV DNA in cervical and vaginal secretions. Prevalence and correlates among women in Nairobi, Kenya. *JAMA*, 1993, 269:2860-4.
201. Kreiss J et al. Association between cervical inflammation and cervical shedding of human immunodeficiency virus DNA. *Journal of Infectious Diseases*, 1994, 170:1597-601.
202. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
203. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
204. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
205. el Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
206. Gad-el-Mawla N, Abdallah A. Liver function in bilharzial females receiving contraceptive pills. *Acta Hepato-Splenologica*, 1969, 16:308-10.
207. Gad-el-Mawla N et al. Plasma lipids and lipoproteins in bilharzial females during oral contraceptive therapy. *Journal of the Egyptian Medical Association*, 1972, 55:137-47.
208. Shaaban MM et al. Effects of oral contraception on liver function tests and serum proteins in women with active schistosomiasis. *Contraception*, 1982, 26:75-82.
209. Shaaban MM et al. Effect of oral contraception on serum bile acid. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1984, 22:111-5.

210. Sy FS et al. Effect of oral contraceptive on liver function tests of women with schistosomiasis in the Philippines. *Contraception*, 1986, 34:283-94.
211. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
212. Back DJ et al. The effect of Rifampicina on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 1979, 15:193-7.
213. Back DJ et al. The effect of Rifampicina on the pharmacokinetics of ethinylestradiol in women. *Contraception*, 1980, 21:135-43.
214. Barditch-Crovo P et al. The effects of rifampin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1999, 65:428-38.
215. Bessot JC et al. [Rifampicina interference with oral contraceptives]. *Journal de Médecine de Strasbourg*, 1977, 8:131-3.
216. Bolt HM, Bolt M, Kappus H. Interaction of Rifampicina treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinylloestradiol in man. *Acta Endocrinologica*, 1977, 85:189-97.
217. Gelbke HP, Gethmann U, Knuppen R. Influence of Rifampicina treatment on the metabolic fate of [4-14C] mestranol in women. *Hormone and Metabolic Research*, 1977, 9:415-9.
218. Gupta KC, Ali MY. Failure of oral contraceptive with Rifampicina. *Medical Journal of Zambia*, 1980, 15:23.
219. Hirsch A. [Letter: Sleeping pills]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1973, 2:2957.
220. Hirsch A, Tillement JP, Chretien J. Effets contrariants de la Rifampicinae sur les contraceptifs oraux: à propos de trois grossesses non désirées chez trois malades. *Revue Française des Maladies Respiratoires*, 1975, 2:174-82.
221. Joshi JV et al. A study of interaction of a low-dose combination oral contraceptive with anti-tubercular drugs. *Contraception*, 1980, 21:617-29.
222. Kropp R. [Rifampicina and oral contraceptives (author's transl)]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1974, 28:270-2.
223. LeBel M et al. Effects of rifabutin and Rifampicina on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 38:1042-50.
224. Meyer B et al. A model to detect interactions between roxithromycin and oral contraceptives. *Clinical Pharmacology & Therapeutics*, 1990, 47:671-4.
225. Nocke-Finck L, Breuer H, Reimers D. [Effects of Rifampicina on the menstrual cycle and on oestrogen excretion in patients taking oral contraceptives]. [German]. *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 1973, 98:1521-3.
226. Piguet B, Muglioni JF, Chaline G. [Letter: Oral contraception and Rifampicina]. [French]. *Nouvelle Presse Médicale*, 1975, 4:115-6.
227. Reimers D, Jezek A. [The simultaneous use of Rifampicina and other antitubercular agents with oral contraceptives]. [German]. *Praxis der Pneumologie vereinigt mit der Tuberkulosearzt*, 1971, 25:255-62.
228. Skolnick JL et al. Rifampin, oral contraceptives, and pregnancy. *JAMA*, 1976, 236:1382.
229. Szoka PR, Edgren RA. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:31S-8S.
230. Back DJ et al. The interaction of phenobarbital and other anticonvulsants with oral contraceptive steroid therapy. *Contraception*, 1980, 22:495-503.
231. Bartoli A et al. A double-blind, placebo-controlled study on the effect of vigabatrin on in vivo parameters of hepatic microsomal enzyme induction and on the kinetics of steroid oral contraceptives in healthy female volunteers. *Epilepsia*, 1997, 38:702-7.
232. Crawford P et al. The lack of effect of sodium valproate on the pharmacokinetics of oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1986, 33:23-9.
233. Eldon MA et al. Gabapentin does not interact with a contraceptive regimen of norethindrone acetate and ethinyl estradiol. *Neurology*, 1998, 50:1146-8.
234. Fattore C et al. Induction of ethinylestradiol and levonorgestrel metabolism by oxcarbazepine in healthy women. *Epilepsia*, 1999, 40:783-7.
235. Ragueneau-Majlessi I, Levy RH, Janik F. Levetiracetam does not alter the pharmacokinetics of an oral contraceptive in healthy women. *Epilepsia*, 2002, 43:697-702.
236. Rosenfeld WE et al. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997, 38:317-23.
237. Sabers A et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, 2001, 47:151-4.

238. Back DJ et al. The effects of ampicillin oral contraceptive steroids in women. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1982, 14:43-8.
239. Back DJ et al. Pharmacokinetics of oral contraceptive steroids following the administration of the antimalarial drugs primaquine and chloroquine. *Contraception*, 1984, 30:289-95.
240. Back DJ et al. Evaluation of Committee on Safety of Medicines yellow card reports on oral contraceptive-drug interactions with anticonvulsants and antibiotics. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1988, 25:527-32.
241. Back DJ et al. The lack of interaction between temafloxacin and combined oral contraceptive steroids. *Contraception*, 1991, 43:317-23.
242. Bacon JF, Shenfield GM. Pregnancy attributable to interaction between tetracycline and oral contraceptives. *BMJ*, 1980, 280:293.
243. Bainton R. Interaction between antibiotic therapy and contraceptive medication. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology*, 1986, 61:453-5.
244. Biron CR. Questions surface over whether antibiotics neutralized 'the pill,' resulting in pregnancy. *RDH*, 1996, 16:34-6.
245. Bollen M. Use of antibiotics when taking the oral contraceptive pill. *Australian Family Physician*, 1995, 24:928-9.
246. Bromham DR, Cartmill RS. Knowledge and use of secondary contraception among patients requesting termination of pregnancy. *BMJ*, 1993, 306:556-7.
247. Cote J. Interaction of Griseofulvina and oral contraceptives. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1990, 22:124-5.
248. Csemiczky G, Alvendal C, Landgren BM. Risk for ovulation in women taking a low-dose oral contraceptive (Microgynon) when receiving antibacterial treatment with a fluoroquinolone (ofloxacin). *Advances in Contraception*, 1996, 12:101-9.
249. de Groot AC, Eshuis H, Stricker BH. [Inefficacy of oral contraception during use of minocycline]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1990, 134:1227-9.
250. DeSano EA, Hurley SC. Possible interactions of antihistamines and antibiotics with oral contraceptive effectiveness. *Fertility & Sterility*, 1982, 37:853-4.
251. Devenport MH et al. Metabolic effects of low-dose fluconazole in healthy female users and non-users of oral contraceptives. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 27:851-9.
252. Donley TG, Smith RF, Roy B. Reduced oral contraceptive effectiveness with concurrent antibiotic use: a protocol for prescribing antibiotics to women of childbearing age. *Compendium*, 1990, 11:392-6.
253. Dosseter J. Drug interaction with oral contraceptives. *BMJ*, 1984, 4:467-8.
254. Driver J. Use of antibiotics during pregnancy. *British Dental Journal*, 1982, 153:48.
255. el-Raghy I et al. Contraceptive steroid concentrations in women with early active schistosomiasis: lack of effect of antischistosomal drugs. *Contraception*, 1986, 33:373-7.
256. Friedman CI et al. The effect of ampicillin on oral contraceptive effectiveness. *Obstetrics & Gynecology*, 1980, 55:33-7.
257. Grimmer SF et al. The effect of cotrimoxazole on oral contraceptive steroids in women. *Contraception*, 1983, 28:53-9.
258. Helms SE et al. Oral contraceptive failure rates and oral antibiotics. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 1997, 36:705-10.
259. Hempel E et al. [Enzyme induction by drugs and hormonal contraception]. [German]. *Zentralblatt für Gynäkologie*, 1973, 95:1451-7.
260. Hempel E, Zorn C, Graf K. [Effect of chemotherapy agents and antibiotics on hormonal contraception]. [German]. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung (Jena)*, 1978, 72:924-6.
261. Hetenyi G. Possible interactions between antibiotics and oral contraceptives. *Therapia Hungarica*, 1989, 37:86-9.
262. Hilbert J et al. Evaluation of interaction between fluconazole and an oral contraceptive in healthy women. *Obstetrics & Gynecology*, 2001, 98:218-23.
263. Hughes BR, Cunliffe WJ. Interactions between the oral contraceptive pill and antibiotics. *British Journal of Dermatology*, 1990, 122:717-8.
264. Joshi JV et al. A study of interaction of low-dose combination oral contraceptive with ampicillin and metronidazole. *Contraception*, 1980, 22:643-52.
265. Kakouris H, Kovacs GT. How common are predisposing factors to pill failure among pill users? *British Journal of Family Planning*, 1994, 20:33-5.
266. Kakouris H, Kovacs GT. Pill failure and nonuse of secondary precautions. *British Journal of Family Planning*, 1992, 18:41-4.

267. Kovacs GT et al. Inadvertent pregnancies in oral contraceptive users. *Medical Journal of Australia*, 1989, 150:549-51.
268. Kovacs I, Somos P, Hamori M. Examination of the potential interaction between ketoconazole (Nizoral) and oral contraceptives with special regard to products of low hormone content (Rigevidon, Anteovin). *Therapia Hungarica*, 1986, 34:167-70.
269. Lequeux A. [Pregnancy under oral contraceptives after treatment with tetracycline]. *Louvain Médical*, 1980, 99:413-4.
270. London BM, Lookingbill DP. Frequency of pregnancy in acne patients taking oral antibiotics and oral contraceptives. *Archives of Dermatology*, 1994, 130:392-3.
271. Lunell NO et al. Evaluation of the possible interaction of the antifungal triazole SCH 39304 with oral contraceptives in normal healthy women. *Gynecologic & Obstetric Investigation*, 1991, 32:91-7.
272. Maggiolo F et al. The effects of ciprofloxacin on oral contraceptive steroid treatments. *Drugs under Experimental and Clinical Research*, 1991, 17:451-4.
273. McDaniel PA, Caldrony RD. Oral contraceptives and Griseofulvina interactions. *Drug Intelligence & Clinical Pharmacy*, 1986, 20:384.
274. Meyboom RH et al. Disturbance of withdrawal bleeding during concomitant use of itraconazole and oral contraceptives. *New Zealand Medical Journal*, 1997, 110:300.
275. Murphy AA et al. The effect of tetracycline on levels of oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1991, 164:28-33.
276. Neely JL et al. The effect of doxycycline on serum levels of ethinyl estradiol, norethindrone, and endogenous progesterone. *Obstetrics & Gynecology*, 1991, 77:416-20.
277. Organon. Nuvaring prescribing information. 2001.
278. Pillans PI, Sparrow MJ. Pregnancy associated with a combined oral contraceptive and itraconazole. *New Zealand Medical Journal*, 1993, 106:436.
279. Rieth H, Sauerbrey N. [Interaction studies with fluconazole, a new triazole antifungal drug]. [German]. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 1989, 139:370-4.
280. Scholten PC et al. No interaction between ciprofloxacin and an oral contraceptive. *Antimicrobial Agents & Chemotherapy*, 1998, 42:3266-8.
281. Silber TJ. Apparent oral contraceptive failure associated with antibiotic administration. *Journal of Adolescent Health Care*, 1983, 4:287-9.
282. Sinofsky FE, Pasquale SA. The effect of fluconazole on circulating ethinyl estradiol levels in women taking oral contraceptives. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1998, 178:300-4.
283. Sparrow MJ. Pill method failures. *New Zealand Medical Journal*, 1987, 100:102-5.
284. Sparrow MJ. Pregnancies in reliable pill takers. *New Zealand Medical Journal*, 1989, 102:575-7.
285. Sparrow MJ. Pill method failures in women seeking abortion: fourteen years experience. *New Zealand Medical Journal*, 1998, 111:386-8.
286. van Dijke CP, Weber JC. Interaction between oral contraceptives and Griseofulvina. *British Medical Journal Clinical Research Edition*, 1984, 288:1125-6.
287. van Puijenbroek EP, Feenstra J, Meyboom RH. [Pill cycle disturbance in simultaneous use of itraconazole and oral contraceptives]. [Dutch]. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 1998, 142:146-9.
288. van Puijenbroek EP et al. Signalling possible drug-drug interactions in a spontaneous reporting system: delay of withdrawal bleeding during concomitant use of oral contraceptives and itraconazole. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1999, 47:689-93.
289. Wermeling DP et al. Dirithromycin increases ethinyl estradiol clearance without allowing ovulation. *Obstetrics & Gynecology*, 1995, 86:78-84.
290. Young LK et al. The contraceptive practices of women seeking termination of pregnancy in an Auckland clinic. *New Zealand Medical Journal*, 1994, 107:189-92.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS	3
GRAVIDEZ	3
IDADE*	3
PARIDADE	3
AMAMENTAÇÃO*	3
PÓS-ABORTO	3
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA	3
OBESIDADE	4
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	4
DOENÇA CARDIOVASCULAR	4
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL	4
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ	5
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*	6
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS	6
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL*	6
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	6
AVC*	6
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	7
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR*	7
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	7
EPILEPSIA	7
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	8
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	8
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR	8
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL*	8
ENDOMETRIOSE*	8
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS	8
DISMENORRÉIA INTENSA	8
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	8
ECTRÓPIO CERVICAL*	8
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	9
CÂNCER DE COLO UTERINO*	9
DOENÇA MAMÁRIA*	9
CÂNCER ENDOMETRIAL*	9
CÂNCER OVARIANO*	9
MIOMAS UTERINOS*	9
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*	10
IST*	10
HIV/AIDS	10
ALTO RISCO DE HIV*	10
INFECTADA COM HIV	10
AIDS	10
OUTRAS INFECÇÕES	11
ESQUISTOSSOMOSE	11
TUBERCULOSE	11
MALÁRIA	11
CONDIÇÕES ENDÓCRINAS	11
DIABETES*	11
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE	11
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS	12
ANTECEDENTE DE COLESTASE*	12
HEPATITE VIRAL*	12
CIRROSE*	12

TUMORES DO FÍGADO*	12
ANEMIAS	12
TALASSEMIA*	12
ANEMIA FALCIFORME	12
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO*	13
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS.....	13
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS HEPÁTICAS	13
ANTIBIÓTICOS	13
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.....	14
COMENTÁRIOS ADICIONAIS.....	15
REFERÊNCIAS PARA ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS, AT E AV.....	17

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC)

Os anticoncepcionais injetáveis combinados (AIC) proporcionam a liberação de um estrógeno natural mais um progestógeno, atuando através da inibição da ovulação.¹⁻⁵ Duas formulações de AIC, ambas administradas em intervalos de quatro semanas, são aqui consideradas:

- 1) **Cyclofemina** = Acetato de medroxiprogesterona 25mg mais cipionato de estradiol 5mg
- 2) **Mesigyna** = Enantato de noretisterona 50mg mais valerato de estradiol 5mg

Devido ao fato dos estrógenos nos AIC serem naturais e menos potentes, comparados aos estrógenos sintéticos dos anticoncepcionais orais combinados (AOC), o tipo e a magnitude dos efeitos colaterais relacionados ao estrógeno associado ao AIC poderão ser diversos daqueles vivenciados por usuárias de AOC. De fato, estudos de curto prazo dos AIC demonstraram pouco efeito sobre a pressão arterial, hemostase e coagulação, metabolismo de lipídios e função hepática em comparação com os AOC.⁶⁻⁸ Além disso, a administração parenteral de AIC elimina o efeito da primeira passagem dos hormônios pelo fígado.

Entretanto, os AIC são métodos anticoncepcionais relativamente novos, havendo pouca informação epidemiológica quanto aos seus efeitos de longo prazo. Há também a preocupação de que, apesar do efeito da exposição hormonal relativa ao uso de AOC e pílulas apenas de progestógeno (AP) poder ser reduzido imediatamente interrompendo-se o uso dos mesmos, este não é caso dos injetáveis, para os quais o efeito continua por algum tempo após a última aplicação.

Na dependência de mais evidências e provas, o Grupo de Trabalho concluiu que as evidências disponíveis para os AOC se aplicam aos AIC em muitas mas não em todas as situações. Portanto, o Grupo de Trabalho designou categorias para os AIC numa posição intermediária entre as categorias relativas aos AOC e aos AP. Contudo, no caso de patologias graves (p.ex., doença cardíaca isquêmica), a classificação das condições foi a mesma adotada para os AOC. As categorias designadas devem, portanto, ser consideradas como um “melhor juízo” preliminar, as quais serão reavaliadas à medida que novas informações estejam disponíveis.

ADESIVO TRANSDÉRMICO (AT)

O AT utiliza um sistema de três camadas com 20 cm² de área, aplicado nas nádegas, tronco, abdômen ou antebraço, a fim de liberar etinilestradiol e progestógeno (norelgestromina) de forma transdérmica. O efeito anticoncepcional do AT é alcançado através da inibição da ovulação.⁹ O AT atualmente disponível para análise foi:

Evra = 17-diacetil norgestimato (norelgestromina) 150µg mais etinilestradiol 20µg (taxas de liberação diária aproximadas).

O AT é um novo método anticoncepcional. Informações relativamente limitadas estão disponíveis sobre a segurança do AT entre mulheres saudáveis e há ainda menos informações disponíveis com relação a mulheres portadoras de condições médicas específicas. Além disso, não existiam dados epidemiológicos sobre os efeitos a longo prazo do AT à disposição do Grupo de Trabalho que pudessem ser analisados sendo que todos os estudos disponíveis receberam apoio do fabricante do AT.

De acordo com as evidências disponíveis, o AT proporciona uma segurança e perfil farmacocinético comparável aos AOC em formulações hormonais semelhantes.⁹⁻¹⁸ Relatos de desconforto transitório nas mamas de curta duração bem como reações dermatológicas locais ocorreram em menos de 25% das usuárias do AT.¹⁰⁻¹³ As evidências ainda limitadas sugerem que a eficácia do AT pode declinar no caso de mulheres com peso igual ou superior a 90kg.¹⁰⁻¹¹ Até o momento, nenhum estudo examinou se evitar o efeito da primeira passagem dos hormônios pelo fígado em função do uso do AT diminui os problemas hepáticos quanto a interações medicamentosas ou o uso do AT entre mulheres portadoras de problemas hepáticos.

Na dependência de mais evidências e provas, o Grupo de Trabalho concluiu que as evidências disponíveis para os AOC se aplicam ao AT. Portanto, o AT deve apresentar as mesmas categorias que os AOC. As categorias designadas devem, portanto, ser consideradas como “melhor juízo” preliminar, as quais serão reavaliadas quando se dispunham de novas informações.

ANEL VAGINAL (AV)

O AV libera etinilestradiol e um progestógeno (etonogestrel) a partir de um AV de copolímero de acetato de vinil etileno de 54mm. O efeito anticoncepcional do AV é alcançado através da inibição da ovulação.¹⁹⁻²⁰ A formulação do AV atualmente disponível para análise foi: **NuvaRing** = etonogestrel 120 µg mais etinilestradiol 15 µg (ambas as dosagens são taxas de liberação diária aproximadas).

O AV constitui um novo método anticoncepcional. As informações relativamente limitadas sobre a segurança do AV encontram-se disponíveis entre mulheres saudáveis e existem ainda menos informações disponíveis com relação a mulheres portadoras de condições médicas específicas. Além disso, não havia dados epidemiológicos sobre os efeitos a longo prazo do AV à disposição do Grupo de Trabalho que pudessem ser analisados, sendo que todos os estudos disponíveis teriam recebido apoio do fabricante do AV.

De acordo com as evidências disponíveis, o AV proporciona uma segurança e um perfil farmacocinético comparável aos AOC com formulações hormonais semelhantes.²⁰⁻²⁵ Evidências entre mulheres saudáveis sugerem que o AV não altera a flora vaginal,²³⁻²⁴ e evidências limitadas referentes a mulheres com lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau constataram que o uso do AV não agravou a condição.²³ Até o momento, nenhum estudo examinou se evitar o efeito da primeira passagem dos hormônios pelo fígado em função do uso de AV reduz as preocupações relativas às interações medicamentosas ou ao uso do AV entre mulheres portadoras de problemas hepáticos.

Na dependência de mais evidências e provas, o Grupo de Trabalho concluiu que as evidências disponíveis para os AOC se aplicam ao AV. Portanto, o AV deve apresentar as mesmas categorias que os AOC. As categorias designadas devem, assim, ser consideradas como um “melhor juízo” preliminar, as quais serão reavaliadas quando hajam novos dados disponíveis.

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS	
	AIC	AT	AV	
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS				
GRAVIDEZ	NA	NA	NA	Esclarecimento: Não é necessário o uso de AIC, AT ou AV. Não há malefício conhecido para a mulher, no decurso da gravidez, ou para o feto, caso AIC, AT ou AV sejam utilizados acidentalmente durante a gestação.
IDADE*				
a) Menarca a < 40 anos	1	1	1	
b) ≥ 40 anos	2	2	2	
PARIDADE				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Multípara	1	1	1	
AMAMENTAÇÃO*				
a) < 6 semanas pós-parto	4	4	4	
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses pós-parto	3	3	3	
c) ≥ 6 meses pós-parto	2	2	2	
PÓS-PARTO* (em mulheres que não amamentam)				
a) < 21 dias	3	3	3	
b) ≥ 21 dias	1	1	1	
PÓS-ABORTO				
a) Primeiro trimestre	1	1	1	Esclarecimento: AIC, AT, ou AV podem ser iniciados imediatamente após o aborto.
b) Segundo trimestre	1	1	1	
c) Após aborto séptico	1	1	1	
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR*	1	1	1	
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação		
	AIC	AT	AV
TABAGISMO			
a) Idade < 35 anos	2	2	2
b) Idade ≥ 35 anos			
(i) <15 cigarros/dia	2	3	3
(ii) ≥15 cigarros/dia	3	4	4
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	2
			Evidências: Evidências restritas sugerem que a eficácia do AT pode declinar em mulheres com peso igual a 90kg ou mais. ¹⁰⁻¹¹
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	NA	NA	NA
			Esclarecimento: É desejável que as medições de pressão arterial sejam feitas antes do início do uso de AIC, AT ou AV. Contudo, em alguns serviços não é possível realizar medições de pressão arterial. Em muitos destes serviços, a morbidade por gravidez e os riscos de mortalidade são elevados, sendo que os AIC, AT ou AV são um dos poucos métodos disponíveis. Em tais situações, não se deve negar às mulheres o uso de AIC, AT ou AV simplesmente em função do fato de que não se possa medir sua pressão arterial.
DOENÇA CARDIOVASCULAR			
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tais como idade ≥ 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)	3/4	3/4	3/4
			Esclarecimento: Quando uma mulher apresenta múltiplos fatores de risco importantes, sendo que qualquer um deles isoladamente aumentaria substancialmente o risco de doença cardiovascular, o uso de AIC, AT ou AV poderá aumentar o risco da mulher para um nível inaceitável. Contudo, não se pretende uma simples adição de categorias para múltiplos fatores de risco; por exemplo, uma combinação de dois fatores de risco designados como categoria 2 não necessariamente implicam numa categoria mais alta.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS	
	AIC	AT	AV	
HIPERTENSÃO*				
Para todas as categorias de hipertensão, as classificações baseiam-se no pressuposto de que não existam outros fatores de risco relativos a doença cardiovascular. Quando de fato houver múltiplos fatores de risco, poderá haver um aumento substancial no risco de doença cardiovascular. Uma única medição do nível de pressão arterial não é suficiente para classificar uma mulher como sendo hipertensa.				
a) Antecedente de hipertensão, em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	3	3	3	Esclarecimento: Recomenda-se a avaliação da causa e do nível de hipertensão, assim que possível.
b) Hipertensão adequadamente controlada, em que a pressão arterial PODE ser avaliada	3	3	3	
c) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)				
(i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	3	3	3	
(ii) sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100	4	4	4	
d) Doença vascular	4	4	4	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (em que a pressão arterial atual é medida e encontra-se normal)	2	2	2	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	AIC	AT	AV	
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)* a) Antecedente de TVP/EP b) TVP/EP atual c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau) d) Cirurgia de grande porte (i) com imobilização prolongada (ii) sem imobilização prolongada e) Cirurgia menor sem imobilização				
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	4	4	4	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados uma vez que estas alterações são raras e os testes têm um custo elevado.
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL* a) Veias varicosas b) Tromboflebite superficial				
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	4	4	4	
AVC* (antecedente de acidente vascular cerebral)	4	4	4	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.						
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS			
	AIC	AT	AV				
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	2/3	2/3	2/3	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados uma vez que estas alterações são raras e os testes têm um custo elevado. Embora alguns tipos de hiperlipidemias sejam fatores de risco para doença vascular, a categoria deve ser avaliada de acordo com o tipo, sua intensidade e a presença de outros fatores de risco cardiovascular.			
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR*							
a) Não complicada	2	2	2				
b) Complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, antecedente de endocardite bacteriana subaguda)	4	4	4				
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS							
CEFALÉIA*	I	C	I	C	I	C	
a) Sem enxaqueca (leve ou intensa)	1	2	1	2	1	2	Esclarecimento: A classificação depende do diagnóstico preciso das cefaléias (enxaqueca ou não enxaqueca). Quaisquer novas cefaléias ou alterações marcadas nas cefaléias devem ser avaliadas. A classificação se refere a mulheres sem nenhum outro fator de risco de AVC. O risco de AVC aumenta com a idade, hipertensão e tabagismo.
b) Com enxaqueca							
(i) sem aura							
<i>Idade < 35</i>	2	3	2	3	2	3	
<i>Idade ≥ 35</i>	3	4	3	4	3	4	
(ii) com aura, em qualquer idade	4	4	4	4	4	4	
EPILEPSIA	1		1		1		Esclarecimento: Caso uma mulher esteja tomando anticonvulsivantes, consultar a seção sobre interações medicamentosas. Alguns anticonvulsivantes reduzem a eficácia do AOC. Não é claro quanto o uso de AIC, AT ou AV é similar ao uso AOC, neste aspecto.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	AIC	AT	AV
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS			
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	1	1
			Esclarecimento: A classificação baseia-se nos dados de mulheres com determinadas alterações depressivas. Não se dispõe de dados sobre alteração bipolar ou depressão pós-parto. Existe um potencial de interações medicamentosas entre certos antidepressivos e anticoncepcionais hormonais.
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR			
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL*			
a) Padrão irregular <i>sem</i> sangramento intenso	1	1	1
b) Sangramento intenso ou prolongado (padrões tanto regulares quanto irregulares)	1	1	1
			Esclarecimento: Sangramento intenso fora do comum deve levantar a suspeita de um sério problema subjacente.
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL* (suspeita de condição grave)			
Antes da avaliação	2	2	2
			Esclarecimento: Se houver suspeita de gravidez ou condição patológica subjacente (tal como malignidade pélvica), a mesma deve ser avaliada e a categoria ajustada após a avaliação.
ENDOMETRIOSE*	1	1	1
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	1	1	1
DISMENORRÉIA INTENSA	1	1	1
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL			
a) Benigna	1	1	1
b) Maligna	1	1	1
ECTRÓPIO CERVICAL*	1	1	1

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação			
	AIC	AT	AV	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	2	2	2	Evidências: Evidências restritas sobre mulheres com lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau constataram que o uso do AV não agravou a condição. ²³
CÂNCER DE COLO UTERINO* (à espera de tratamento)	2	2	2	
DOENÇA MAMÁRIA*				Esclarecimento: A avaliação deve ser realizada o mais cedo possível.
a) Massa não diagnosticada	2	2	2	
b) Doença mamária benigna	1	1	1	
c) Antecedente familiar de câncer	1	1	1	
d) Câncer de mama				
(i) atual	4	4	4	
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	3	3	3	
CÂNCER ENDOMETRIAL *	1	1	1	
CÂNCER OVARIANO*	1	1	1	
MIOMAS UTERINOS*				
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	
b) Com distorção da cavidade uterina	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação		
	AIC	AT	AV
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*			
a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para IST)			
i) com gravidez subsequente	1	1	1
ii) sem gravidez subsequente	1	1	1
b) DIP – atual	1	1	1
IST*			
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	1	1	1
b) Outras IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1
c) Vaginite (inclusive tricomoníase e vaginose bacteriana)	1	1	1
d) Risco aumentado para IST	1	1	1
HIV/AIDS			
ALTO RISCO DE HIV*	1	1	1
INFECTADA COM HIV	1	1	1
AIDS	1	1	1
Em terapia com ARV	2	2	2
			Esclarecimento: Caso uma mulher esteja tomando terapia antirretroviral (ARV), consultar a seção sobre interações medicamentosas. Dada a possibilidade de haver interações medicamentosas entre os anticoncepcionais hormonais e ARVs, classifica-se a aids com terapia ARV como sendo Categoria 2

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	AIC	AT	AV	
OUTRAS INFECÇÕES				
ESQUISTOSSOMOSE				
a) Não complicada	1	1	1	
b) Fibrose hepática (se intensa, consultar cirrose)	1	1	1	
TUBERCULOSE				
a) Não pélvica	1	1	1	Esclarecimento: Caso a mulher esteja tomando rifampicina, consultar a seção sobre interações medicamentosas. É provável que a rifampicina reduza a eficácia do AOC. Não é claro quanto o uso de AIC, AT ou AV é similar ao uso de AOC, neste aspecto.
b) Pélvica conhecida	1	1	1	
MALÁRIA	1	1	1	
CONDIÇÕES ENDÓCRINAS				
DIABETES*				
a) Antecedente de doença gestacional	1	1	1	
b) Sem doença vascular				
(i) não insulino-dependente	2	2	2	
(ii) insulino-dependente	2	2	2	
c) Com nefropatia/retinopatia/neuropatia	3/4	3/4	3/4	Esclarecimento: A categoria deve ser avaliada de acordo com a intensidade da condição.
d) Com outra doença vascular ou diabetes com duração > 20 anos	3/4	3/4	3/4	
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE				
a) Bócio simples	1	1	1	
b) Hipertireoidismo	1	1	1	
c) Hipotireoidismo	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	AIC	AT	AV	
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS				
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR*				
a) Sintomática				
(i) tratada por colecistectomia	2	2	2	
(ii) Clinicamente tratada	2	3	3	
(iii) atual	2	3	3	
b) Assintomática	2	2	2	
ANTECEDENTE DE COLESTASE*				
a) Relacionada à gravidez	2	2	2	
b) Relacionada ao uso de AOC ou AIC no passado	2	3	3	
HEPATITE VIRAL*				
a) Ativa	3/4	4	4	Esclarecimento: A categoria deve ser avaliada de acordo com a intensidade da condição.
b) Portadora	1	1	1	Esclarecimento: Em mulheres com hepatite viral sintomática, os AIC, AT ou AV devem ser suspensos até que a função hepática retorne ao normal ou 3 meses depois que a mulher se tornar assintomática, o que ocorrer primeiro.
CIRROSE*				
a) Compensada	2	3	3	
b) Descompensada	3	4	4	
TUMORES DO FÍGADO*				
a) Benigno (adenoma)	3	4	4	
b) Maligno (hepatoma)	3/4	4	4	
ANEMIAS				
TALASSEMIA*	1	1	1	
ANEMIA FALCIFORME	2	2	2	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	AIC	AT	AV
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO*	1	1	1
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS			
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS HEPÁTICAS			
a) Rifampicina	2	3	3
b) Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	2	3	3
	Esclarecimento: Embora a interação de rifampicina ou alguns anticonvulsivantes com o uso de AT ou AV não seja perniciosa às mulheres, é provável que reduza a eficácia de AT ou AV. Deve-se incentivar o uso de outros anticoncepcionais a mulheres que sejam usuárias de longo prazo de quaisquer destas drogas.		
ANTIBIÓTICOS (exceto Rifampicina)			
a) Griseofulvina	1	2	2
b) Outros antibióticos	1	1	1

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS INJETÁVEIS COMBINADOS (AIC), AT (AT), AV (A)	Os AIC, AT e AV, não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está demonstrado que os preservativos masculinos de latex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Início C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	AIC	AT	AV
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	2	2	<p>Esclarecimento: É importante observar que os medicamentos antirretrovirais (ARV) têm o potencial tanto de aumentar quanto de diminuir a biodisponibilidade de hormônios esteróides dos anticoncepcionais hormonais. Os dados disponíveis são limitados (encontram-se descritos no Anexo 1) e sugerem que as potenciais interações medicamentosas entre muitos ARVs (particularmente alguns inibidores da transcriptase reversa (ITR) e inibidores de protease (IP) e anticoncepcionais hormonais possam alterar a segurança e eficácia tanto dos anticoncepcionais hormonais quanto dos ARVs. Não se sabe se a eficácia contraceptiva dos anticoncepcionais injetáveis que usam apenas progestógeno (como é o caso do acetato de medroxiprogesterona de depósito e enantato de noretisterona) ficariam comprometidos, uma vez que estes métodos oferecem níveis hormonais sanguíneos mais elevados que outros anticoncepcionais hormonais só com progestógeno, e também superior aos anticoncepcionais orais combinados. Há estudos em curso no intuito de avaliar as potenciais interações entre o acetato de medroxiprogesterona de depósito e determinados medicamentos do tipo IP e ITR. Assim, se uma mulher que está em tratamento por ARV decidir iniciar ou continuar o uso de anticoncepcional hormonal, recomenda-se o uso consistente de preservativos para prevenir a transmissão do HIV e também para compensar qualquer possível redução na eficácia do anticoncepcional hormonal.</p>

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

Comentários adicionais

IDADE

Menarca a < 40 anos: Preocupações de ordem teórica a respeito do uso de anticoncepcionais hormonais combinados entre jovens adolescentes não foram fundamentadas.

≥ 40 anos: O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade podendo também aumentar com o uso de anticoncepcional hormonal combinado. Na ausência de outras condições clínicas adversas, os anticoncepcionais hormonais combinados poderão ser utilizados até a menopausa.

AMAMENTAÇÃO

< 6 semanas após o parto: Há uma certa preocupação teórica de que o recém-nascido possa estar em risco devido à exposição a hormônios esteróides durante as primeiras 6 semanas depois do parto.

≥ 6 semanas a < 6 meses (durante a amamentação): O uso de AOC durante a amamentação diminui a quantidade de leite nos seios, reduz a duração da lactação podendo, portanto, prejudicar o crescimento do bebê.

PÓS-PARTO

< 21 dias: Há uma certa preocupação teórica que diz respeito à associação entre o uso de anticoncepcional hormonal combinado até 3 semanas após o parto e o risco de trombose na mãe. A coagulação sanguínea e fibrinólise estão fundamentalmente normalizadas por volta de 3 semanas depois do parto.

GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR

O risco de gravidez ectópica no futuro aumenta entre mulheres que já tiveram uma gravidez deste tipo no passado. Os anticoncepcionais hormonais combinados proporcionam proteção contra gravidez em geral, inclusive gestação ectópica.

HIPERTENSÃO

Doença vascular: Entre mulheres com doença vascular subjacente, deve-se evitar o aumento do risco de trombose arterial vinculado ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP) Embolia pulmonar(EP)

A história familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau): Algumas condições que aumentam o risco de TVP/EP são hereditárias.

Cirurgia de grande porte: O grau de risco de TVP/EP associado com cirurgias de grande porte, depende da duração do período em que a mulher está imobilizada. Não há necessidade de suspender os anticoncepcionais hormonais combinados antes de uma esterilização cirúrgica.

TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL

Veias varicosas: As veias varicosas não constituem um risco para TVP/EP.

ANTECEDENTE DE DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA OU NO PRESENTE

Entre mulheres com doença vascular subjacente, deve-se evitar o aumento do risco de trombose arterial vinculado ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

AVC

Entre mulheres com doença vascular subjacente, deve-se evitar o aumento do risco de trombose arterial vinculado ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

DOENÇA CARDÍACA VALVULAR

Entre mulheres com doença cardíaca valvular, o uso de anticoncepcional hormonal combinado poderá aumentar ainda mais o risco de trombose arterial; mulheres com doença cardíaca valvular complicada apresentam o maior risco.

CEFALÉIA

A aura é um sintoma neurológico focal específico. Para obter maiores informações sobre este e outros critérios de diagnóstico, consultar: o Subcomitê de Classificação de cefaléia da Sociedade Internacional de Cefaléia. *The International Classification of Headache Disorders* (classificação internacional de alterações por dor de cabeça), 2ª Edição. Cefalalgia. 2004; 24 (Supl 1): 1- 150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL

Padrões irregulares de sangramento menstrual são comuns entre mulheres saudáveis.

SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL

Não há condições que provoquem sangramento vaginal que possa ser piorado a curto prazo devido ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados.

ENDOMETRIOSE

Os anticoncepcionais hormonais combinados não deterioram, e podem até aliviar, os sintomas de endometriose.

ECTRÓPIO CERVICAL

Ectrópio cervical não é um fator de risco para câncer cervical, não havendo necessidade de restringir a utilização de anticoncepcional hormonal combinado.

CÂNCER CERVICAL (à espera de tratamento)

Há uma certa preocupação teórica de que o uso de anticoncepcional hormonal combinado possa afetar o prognóstico de uma doença já existente. Enquanto aguardam pelo tratamento, as mulheres podem utilizar os anticoncepcionais hormonais combinados. Em geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

DOENÇA MAMÁRIA

Antecedente familiar de câncer: Mulheres com mutações do tipo BRCA1 ou BRCA2 apresentam um risco de base muito mais elevado de desenvolver câncer de mama do que mulheres que não apresentam estas mutações. A maioria das mulheres com antecedente de câncer de mama na família não apresentam tais mutações.

Câncer de mama: O câncer de mama é um tumor com sensibilidade hormonal, sendo que o prognóstico de mulheres com câncer de mama atual ou recente pode piorar com o uso de anticoncepcional hormonal combinado.

CÂNCER ENDOMETRIAL

Não se sabe se o uso de AIC, AT ou AV reduzem o risco de desenvolver câncer endometrial como acontecem com AOC. Enquanto aguardam tratamento, as mulheres podem usar AIC, AT ou AV. Em geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

CÂNCER OVARIANO

Não se sabe se o uso de AIC, AT ou AV reduzem o risco de desenvolver câncer ovariano. Enquanto aguardam tratamento, as mulheres podem usar AIC, AT ou AV. Em geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

MIOMAS UTERINOS

Os AOC parecem não aumentar o crescimento dos miomas. E esperam-se que os AIC, AT ou AV também não o façam.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

AOC podem reduzir o risco de DIP em mulheres com IST, mas não protegem contra HIV ou IST do trato genital inferior. Não é conhecido se AIC, AT ou AV reduzem o risco de DIP em mulheres com IST, mas eles não protegem contra HIV ou IST do trato genital inferior.

IST

Os AOC podem reduzir o risco de DIP em mulheres com IST, mas não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior. Não é conhecido se AIC, AT ou AV reduzem o risco de DIP em mulheres com IST, mas eles não protegem contra HIV ou IST do trato genital inferior.

RISCO ELEVADO DE HIV

Os AOC podem reduzir o risco de DIP em mulheres com IST, mas não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior. Não se sabe se os AIC, AT ou AV reduzem o risco de DIP entre mulheres com IST, mas eles não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior.

DIABETES

Embora a tolerância a carboidratos possa alterar-se em função do uso de anticoncepcional hormonal combinado, as maiores preocupações são doença vascular devido a diabetes e risco adicional de trombose arterial devido ao uso de anticoncepcional hormonal combinado.

DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR

O AT ou AV, como o AOC, podem provocar um pequeno aumento no risco de doença da vesícula biliar. Também há preocupação de que possam agravar uma doença da vesícula biliar já existente. Contudo, ao contrário dos AOC, os AIC demonstraram ter um efeito mínimo sobre a função hepática em mulheres saudáveis.

ANTECEDENTE DE COLESTASE

Relacionado a gravidez: Um antecedente de colestase associada à gravidez pode antever um aumento do risco de desenvolver colestase vinculada à terapia hormonal combinada.

Relacionado a AOC ou AIC no passado: Um antecedente de colestase associada ao uso de AOC ou AIC antevê um aumento do risco relativo ao uso de AT ou AV. Ao contrário dos AOC, os AIC demonstraram ter um efeito mínimo sobre a função hepática em mulheres saudáveis.

HEPATITE VIRAL

Ativa: Ao contrário dos AOC, os AIC demonstraram ter um efeito mínimo sobre a função hepática em mulheres saudáveis e nenhum efeito sobre a primeira passagem hepática. Entretanto, como os AIC são metabolizados pelo fígado, eles poderiam, teoricamente, conduzir a efeitos perniciosos em mulheres cuja função hepática esteja comprometida.

CIRROSE

Ao contrário dos AOC, os AIC demonstraram ter um efeito mínimo sobre a função hepática em mulheres saudáveis. E nenhum efeito sobre a primeira passagem hepática. Entretanto, como os AIC são metabolizados pelo fígado, eles poderiam, teoricamente, conduzir a efeitos perniciosos em mulheres cuja função hepática esteja comprometida.

TUMORES DO FÍGADO

Ao contrário dos AOC, os AIC demonstraram ter um efeito mínimo sobre a função hepática em mulheres saudáveis. Entretanto, como os AIC são metabolizados pelo fígado, eles poderiam, teoricamente, conduzir a efeitos perniciosos em mulheres cuja função hepática esteja comprometida.

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

O uso de anticoncepcional hormonal combinado pode reduzir a perda de sangue menstrual.

Referências para anticoncepcionais injetáveis combinados, AT e AV

1. Aedo AR et al. Pharmacokinetic and pharmacodynamic investigations with monthly injectable contraceptive preparations. *Contraception*, 1985, 31:453-69.
2. Garza-Flores J. Pharmacokinetics of once-a-month injectable contraceptives. *Contraception*, 1994, 49:347-59.
3. Fotherby K et al. A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cycloprovera. *Contraception*, 1982, 25:261-72.
4. Garza-Flores J et al. A multicentered pharmacokinetic, pharmacodynamic study of once-a-month injectable contraceptives. I. Different doses of HRP112 and of Depoprovera. *Contraception*, 1987, 36:441-57.
5. Said S et al. A multicentered phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparations given once-a-month by intramuscular injection: I. Contraceptive efficacy and side effects. *Contraception*, 1988, 37:1-20.
6. Meng Y-X et al. Hemostatic changes in women using a monthly injectable contraceptive for one ano. *Contraception*, 1990, 455-66.
7. Kesserü EV et al. A multicentered, two-ano, phase III clinical trial of norethisterone enanthate 50 mg plus estradiol valerate 5 mg as a monthly injectable contraceptive. *Contraception*, 1991, 44:589-98.
8. Haiba NA et al. Clinical evaluation of two monthly injectable contraceptives and their effects on some metabolic parameters. *Contraception*, 1989, 39:619-32.
9. Pierson RA et al. Ortho Evra/Evra versus oral contraceptives: follicular development and ovulation in normal cycles and after an intentional dosing error. *Fertility & Sterility*, 2003, 80:34-42.
10. Audet M-C et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive AT vs. an oral contraceptive: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2001, 285:2347-54.
11. Smallwood GH et al. Efficacy and safety of a transdermal contraceptive system. *Obstetrics and Gynecology*, 2001, 98:799-805.
12. Helmerhorst FM et al. Comparison of efficacy, cycle control, compliance and safety in users of a contraceptive AT vs. an oral contraceptive. XVI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics [FC 2.30.06], Washington DC, USA, 3-8 September 2000.
13. Dittrich R et al. Transdermal contraception: evaluation of three transdermal norelgestromin/ethinylestradiol doses in a randomized, multicenter, dose-response study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:15-20.
14. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of a contraceptive AT (Evra/Ortho Evra) containing norelgestromin and ethinylestradiol at four application sites. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 2002, 53:141-6.
15. Abrams LS et al. Multiple-dose pharmacokinetics of a contraceptive AT in healthy women participants. *Contraception*, 2001, 64:287-94.
16. Abrams LS et al. Pharmacokinetics of norelgestromin and ethinylestradiol delivered by a contraceptive AT (Ortho Evra/Evra) under conditions of heat, humidity, and exercise. *Journal of Clinical Pharmacology*, 2001, 41:1301-9.
17. Ziemann M. The introduction of a transdermal hormonal contraceptive (Ortho Evra/Evra). *Fertility & Sterility*, 2002, 77(2): s1-s2.
18. Burkman, RT. The transdermal contraceptive AT: a new approach to hormonal contraception. *International Journal of Fertility*, 2002, 47:69-76.
19. Stone SC. Desogestrel. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 1995, 38:821-8.
20. Mulders TMT, Dieben TOM. Use of the novel combined contraceptive vaginal ring NuvaRing for ovulation inhibition. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:865-70.
21. Timmer CJ, Mulders TMT. Pharmacokinetics of etonogestrel and ethinylestradiol released from a combined contraceptive vaginal ring. *Clinical Pharmacokinetics*, 2000, 39:233-42.
22. Bjarnadottir RI, Tuppurainen M, Killick SR. Comparison of cycle control with a combined contraceptive vaginal ring and oral levonorgestrel/ethinyl estradiol. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2002, 186:389-95.
23. Dieben TOM, Roumen FJME, Apter D. Efficacy, cycle control, and user acceptability of a novel combined contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and Gynecology*, 2002, 100:585-93.
24. Roumen FJME et al. The cervico-vaginal epithelium during 20 cycles of use of a combined contraceptive vaginal ring. *Human Reproduction*, 1996, 11:2443-8.
25. Davies GC, Feng LX, Newton JR. The effects of a combined contraceptive vaginal ring releasing ethinylestradiol and 3-ketodesogestrel on vaginal flora. *Contraception*, 1992, 45:511-8.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS	1
GRAVIDEZ.....	1
IDADE*.....	2
PARIDADE.....	2
AMAMENTAÇÃO	3
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA.....	4
OBESIDADE	4
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	4
DOENÇA CARDIOVASCULAR	4
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL	4
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ.....	6
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*.....	6
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS	6
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL*.....	6
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	6
AVC*	7
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	7
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR.....	7
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.....	8
EPILEPSIA.....	8
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	8
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR	9
ENDOMETRIOSE	9
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS	9
DISMENORRÉIA INTENSA.....	9
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	10
ECTRÓPIO CERVICAL*	10
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC).....	10
CÂNCER DE COLO UTERINO*	10
HIV/AIDS.....	11
INFECTADA COM HIV	11
AIDS.....	12
OUTRAS INFECÇÕES	12
ESQUISTOSSOMOSE	12
TUBERCULOSE	12
MALÁRIA	12
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS.....	13
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE	13
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS	13
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR.....	13
ANEMIAS.....	14
TALASSEMIA	14
ANEMIA FALCIFORME	14
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	15
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS HEPÁTICAS.....	15
ANTIBIÓTICOS.....	15

COMENTÁRIOS ADICIONAIS	17
REFERÊNCIAS PARA ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO.....	19

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO

- PP = Pílula só de Progestógeno (PP)
- D/NE = Acetato de medroxiprogesterona por depósito (DMPA)/enantato de noretisterona (NET-EN)
- LNG/ETG = Implantes de levonorgestrel (Norplant e Jadelle) e implantes de etonogestrel (Implanon)

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS			
GRAVIDEZ	NA		Esclarecimento: Não é necessário o uso de AP. Não há malefício conhecido à mulher, no decurso da gravidez ou ao feto caso sejam usados AP acidentalmente durante a gravidez. Entretanto, ainda não está clara a relação entre o uso de DMPA durante a gravidez e seus efeitos sobre o feto.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
IDADE*				
a) Menarca a < 18 anos	1	2	1	Evidências: Evidências restritas mostram diminuição da densidade mineral óssea ao longo do tempo entre adolescentes usuárias do DMPA, mas não entre usuárias de implantes de levonorgestrel. Nenhum estudo examinou ainda se o uso de DMPA entre adolescentes afeta os níveis de pico de massa óssea. ¹⁻⁵
b) 18 a 45 anos	1	1	1	Evidências: Em geral, usuárias atuais de DMPA tiveram reduzida a densidade mineral óssea quando comparadas a não usuárias; esta redução esteve geralmente dentro de um desvio padrão em relação a valores normais. ⁶ Os resultados de usuárias atuais de Norplant foram mistos. ⁶ Um estudo sobre usuárias de Implanon não mostrou alteração na densidade mineral óssea por dois anos. ⁷
c) > 45 anos	1	2	1	Evidências: Usuárias mais velhas de DMPA tiveram sua densidade mineral óssea reduzida quando comparadas a não usuárias. Contudo, evidências limitadas constataram que mulheres ganharam massa óssea depois de interromperem o uso de DMPA antes da menopausa. Além disso, entre mulheres após a menopausa, não houve diferença na densidade mineral óssea entre usuárias de DMPA e as que nunca o usaram. ⁸⁻¹³
PARIDADE				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Multípara	1	1	1	

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
AMAMENTAÇÃO				
a) < 6 semanas pós-parto	3	3	3	<p>Esclarecimento: Há preocupação de que o recém-nascido possa ter risco de exposição a hormônios esteróides durante as primeiras 6 semanas após o parto. Entretanto, em muitos serviços a morbidade e mortalidade por gravidez são elevadas, e o acesso aos serviços é limitado. Em tais situações, os AP podem ser um dos poucos tipos de método amplamente disponível e acessível para mulheres amamentando logo após o parto.</p> <p>Evidências: Estudos demonstraram que entre mulheres amamentando até 6 semanas depois do parto, os anticoncepcionais só de progestógeno não prejudicaram o desempenho da amamentação nem a saúde e crescimento do bebê. Contudo, não há dados que avaliem os efeitos da exposição ao progestógeno através do leite materno sobre o desenvolvimento do cérebro e do fígado.¹⁴⁻³⁸</p>
b) ≥ 6 semanas a < 6 meses pós-parto	1	1	1	
c) ≥ 6 meses pós-parto	1	1	1	
PÓS-PARTO* (em mulheres que não amamentam)				
a) < 21 dias	1	1	1	
b) ≥ 21 dias	1	1	1	
PÓS-ABORTO				
a) Primeiro trimestre	1	1	1	<p>Esclarecimento: Os AP podem ser ministrados imediatamente após o aborto.</p> <p>Evidências: Evidências limitadas sugerem que não há efeitos colaterais adversos quando se inicia o uso de Norplant ou NET-EN três meses depois de um aborto.³⁹⁻⁴²</p>
b) Segundo trimestre	1	1	1	
c) Após aborto séptico	1	1	1	
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR*	2	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA	1	1	1	
TABAGISMO a) Idade < 35 anos b) Idade ≥ 35 anos i) <15 cigarros/dia ii) ≥15 cigarros/dia	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	Evidências: Os estudos fornecem evidências controversas quanto ao maior ou menor risco de mulheres obesas ganharem peso e terem problemas de sangramento devido ao uso de DMPA em relação a mulheres não obesas que o usem. ⁴³⁻⁴⁵ Os estudos mostram que mulheres obesas não apresentam diminuição da eficácia quando utilizam implantes de levonorgestrel. ⁴⁶⁻⁴⁸
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	NA	NA	NA	Esclarecimento: É desejável que as medições de pressão arterial sejam feitas antes do início do uso de AP. Contudo, em alguns serviços não é possível realizar medições de pressão arterial. Em muitos destes serviços, a morbidade por gravidez e os riscos de mortalidade são elevados, sendo que os AP são um dos poucos métodos disponíveis. Em tais situações, não se deve negar às mulheres o uso de AP simplesmente em função do fato de que não se possa medir sua pressão arterial.
DOENÇA CARDIOVASCULAR				
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tais como idade ≥ 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)	2	3	2	Esclarecimento: Ante a existência de múltiplos fatores de risco, poderá haver aumento substancial do risco de doença cardiovascular. Alguns AP podem aumentar o risco de trombose, embora o aumento seja significativamente menor que com AOC. Os efeitos do DMPA e NET-EN podem persistir por algum tempo após a interrupção do uso.

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
HIPERTENSÃO*				
Para todas as categorias de hipertensão, as classificações baseiam-se no pressuposto de que não existam outros fatores de risco relativos a doença cardiovascular. Quando de fato houver múltiplos fatores de risco, poderá haver um aumento substancial no risco de doença cardiovascular. Uma única medição do nível de pressão arterial não é suficiente para classificar uma mulher como sendo hipertensa.				
a) Antecedente de hipertensão, em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	2	2	2	Esclarecimento: É desejável que as medições de pressão arterial sejam feitas antes do início do uso de AP. Contudo, em alguns serviços não é possível realizar medições de pressão arterial. Em muitos destes serviços, a morbidade por gravidez e os riscos de mortalidade são elevados, sendo que os AP são um dos poucos métodos disponíveis. Em tais situações, não se deve negar às mulheres o uso de AP simplesmente em função do fato de que não se possa medir sua pressão arterial.
b) Hipertensão adequadamente controlada, em que a pressão arterial PODE ser avaliada	1	2	1	Esclarecimento: Mulheres com hipertensão adequadamente tratada apresentam menor risco de infarto agudo do miocárdio e AVC quando comparadas com mulheres não tratadas. Embora não haja dados, as usuárias de AP com hipertensão adequadamente monitorada e controlada devem ter menor risco de infarto agudo do miocárdio e AVC quando comparadas com usuárias de AP hipertensas que não sejam tratadas.
c) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)				Evidências: Evidências limitadas sugerem que entre mulheres com hipertensão, as que usaram PP ou injetáveis somente de progestógeno apresentaram um pequeno aumento de risco de problemas cardiovasculares quando comparadas com mulheres que não utilizaram tais métodos. ⁴⁹
i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	1	2	1	
ii) sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100	2	3	2	
d) Doença vascular	2	3	2	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (em que a pressão arterial atual é medida e encontra-se normal)	1	1	1	
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*				
a) Antecedente de TVP/EP	2	2	2	
b) TVP/EP atual	3	3	3	
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau)	1	1	1	
d) Cirurgia de grande porte				
(i) com imobilização prolongada	2	2	2	
(ii) sem imobilização prolongada	1	1	1	
e) Cirurgia menor sem imobilização	1	1	1	
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	2	2	2	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados por causa da raridade das condições e do alto custo dos exames.
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL*				
a) Veias varicosas	1	1	1	
b) Tromboflebite superficial	1	1	1	
DOENÇA CARDÍACA	I C		I C	

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS	
	PP		D/NE		
ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	2	3	3	2	3
AVC* (antecedente de acidente vascular cerebral)	1	C	3	1	C
	2	3		2	3
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	2		2	2	
	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados por causa da raridade das condições e do alto custo dos exames. Alguns tipos de hiperlipidemias constituem fatores de risco para doença vascular.				
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR					
a) Não complicada	1		1	1	
b) Complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, antecedente de endocardite bacteriana subaguda)	1		1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.						
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS			
	PP	D/NE	LNG/ETG				
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS							
CEFALÉIA*	I	C	I	C	I	C	
a) Sem enxaqueca (leve ou intensa)	1	1	1	1	1	1	Esclarecimento: A classificação depende do diagnóstico preciso das cefaléias (enxaquecas ou não enxaquecas). Quaisquer novas cefaléias ou alterações importantes nas cefaléias devem ser avaliadas. A classificação refere-se a mulheres sem nenhum outro fator de risco para AVC. O risco para AVC aumenta com a idade, hipertensão e tabagismo.
b) Com enxaqueca							
(i) sem aura							
idade < 35	1	2	2	2	2	2	
idade ≥ 35	1	2	2	2	2	2	
(ii) com aura, em qualquer idade	2	3	2	3	2	3	
EPILEPSIA	1		1		1		Esclarecimento: Caso uma mulher esteja tomando anticonvulsivantes, consultar a seção sobre interações medicamentosas. Alguns anticonvulsivantes reduzem a eficácia do AP.
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS							
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1		1		1		Esclarecimento: A classificação baseia-se nos dados de mulheres com determinadas alterações depressivas. Não se dispões de dados sobre desordem bipolar ou depressão pós-parto. Há um potencial de interações medicamentosas entre certos antidepressivos e anticoncepcionais hormonais. Evidências: Os AP não acentuaram os sintomas depressivos em mulheres com esta condição comparadas ao grupo controle ou à condição antes do uso do método. ⁵⁰⁻⁵³

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR				
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL*				
a) Padrão irregular <i>sem</i> sangramento intenso	2	2	2	
b) Sangramento intenso ou prolongado (padrões tanto regulares quanto irregulares)	2	2	2	Esclarecimento: Sangramento intenso fora do comum deve levantar a suspeita de um sério problema subjacente.
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL* (suspeita de condição grave)				
Antes da avaliação	2	3	3	Esclarecimento: Se houver suspeita de gravidez ou condição patológica subjacente (tal como câncer ginecológico), a mesma deve ser avaliada e a categoria ajustada após a avaliação.
ENDOMETRIOSE	1	1	1	
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	1	1	1	
DISMENORRÉIA INTENSA	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL				
a) Benigna	1	1	1	
b) Maligna	1	1	1	
ECTRÓPIO CERVICAL*	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	1	2	2	Evidências: Entre mulheres com infecção persistente por HPV, o uso por longo prazo de DMPA (≥ 5 anos) poderá aumentar o risco de carcinoma <i>in situ</i> e carcinoma invasivo. ⁵⁴
CÂNCER DE COLO UTERINO* (à espera de tratamento)	1	2	2	
DOENÇA MAMÁRIA*				Esclarecimento: A avaliação deve ser conduzida o mais cedo possível.
a) Massa não diagnosticada	2	2	2	
b) Doença mamária benigna	1	1	1	
c) Antecedente familiar de câncer	1	1	1	
d) Câncer de mama				
(i) atual	4	4	4	
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	3	3	3	
CÂNCER ENDOMETRIAL*	1	1	1	
CÂNCER OVARIANO*	1	1	1	
MIOMAS UTERINOS*				
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	
b) Com distorção da cavidade uterina	1	1	1	

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*				
a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para IST)				
(i) com gravidez subsequente	1	1	1	
(ii) sem gravidez subsequente	1	1	1	
b) DIP – atual	1	1	1	
IST*				
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	1	1	1	Evidências: Evidências limitadas sugerem que possa haver um aumento no risco de cervicite por clamídia entre usuárias de DMPA com risco elevado para IST. No caso de outras IST, há evidências de não haver associação entre o uso de DMPA e aquisição de IST ou as evidências são muito limitadas para se tirar quaisquer conclusões. Não há evidências para os outros AP. ⁵⁵⁻⁶¹
b) Outras IST(exceto HIV e hepatite)	1	1	1	
c) Vaginite (inclusive tricomoníase e vaginose bacteriana)	1	1	1	
d) Risco aumentado para IST	1	1	1	
HIV/AIDS				
ALTO RISCO DE HIV*	1	1	1	Evidências: De modo geral, as evidências são inconsistentes com relação a haver ou não aumento no risco de aquisição do HIV entre usuárias de AP quando comparadas a não usuárias. ⁶²⁻⁷⁸
INFECTADA COM HIV	1	1	1	Evidências: Os estudos são conflitantes com relação a haver ou não aumento no risco de HIV e do vírus do herpes simples (HSV) disseminando-se entre mulheres infectadas com HIV que utilizem DMPA. ⁷⁹⁻⁸¹

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
AIDS Em terapia com ARV	1 2	1 2	1 2	Esclarecimento: Caso uma mulher esteja tomando terapia antirretroviral (ARV), consultar a seção sobre interações medicamentosas. Dada a possibilidade de haver interações medicamentosas entre os anticoncepcionais hormonais e ARV, classifica-se a aids com terapia ARV como sendo Categoria 2.
OUTRAS INFECÇÕES				
ESQUISTOSSOMOSE				
a) Não complicada	1	1	1	Evidências: Entre mulheres com esquistossomose não complicada, evidências limitadas demonstraram que o uso de DMPA não prejudicou a função hepática. ⁸²
b) Fibrose hepática (se intensa, consultar cirrose)	1	1	1	
TUBERCULOSE				
a) Não pélvica	1	1	1	Esclarecimento: Caso a mulher esteja tomando rifampicina, consultar a seção sobre interações medicamentosas. É provável que a rifampicina reduza a eficácia do AP.
b) Pélvica conhecida	1	1	1	
MALÁRIA	1	1	1	

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS				
DIABETES*				
a) Antecedente de doença gestacional	1	1	1	
b) Sem doença vascular				
(i) não insulino-dependente	2	2	2	
(ii) insulino-dependente	2	2	2	
c) Com nefropatia/ retinopatia/ neuropatia	2	3	2	
d) Com outra doença vascular ou diabetes com >20 anos de duração	2	3	2	
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE				
a) Bócio simples	1	1	1	
b) Hipertireoidismo	1	1	1	
c) Hipotireoidismo	1	1	1	
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS				
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR				
a) Sintomática				
(i) tratada por colecistectomia	2	2	2	
(ii) tratada clinicamente	2	2	2	
(iii) atual	2	2	2	
b) Assintomática	2	2	2	
ANTECEDENTE DE COLESTASE*				
a) Relacionada à gravidez	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
b) Relacionada ao uso de AOC no passado	2	2	2	
HEPATITE VIRAL*				
a) Ativa	3	3	3	
b) Portadora	1	1	1	
CIRROSE*				
a) Compensada	2	2	2	
b) Descompensada	3	3	3	
TUMORES DO FÍGADO*				
a) Benigno (adenoma)	3	3	3	
b) Maligno (hepatoma)	3	3	3	
ANEMIAS				
TALASSEMIA	1	1	1	
ANEMIA FALCIFORME	1	1	1	Evidências: Entre mulheres com anemia falciforme, o uso de AP não apresentou efeitos prejudiciais nos parâmetros hematológicos e, em alguns estudos, foi benéfico com relação aos sintomas clínicos. ⁸³⁻⁹⁰
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO*	1	1	1	

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS				
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS HEPÁTICAS				
a) Rifampicina	3	2	3	Esclarecimento: Embora a interação de rifampicina ou alguns anticonvulsivantes com PP e implantes de LNG/ETG não seja perniciososa às mulheres, é provável que reduza a eficácia dos PP e dos implantes de LNG/ETG. Deve-se incentivar o uso de outros anticoncepcionais a mulheres que sejam usuárias de longo prazo de quaisquer destes medicamentos. Não há clareza se o aumento da dosagem hormonal de PP alivia esta preocupação. Evidências: O uso de alguns anticonvulsivantes diminuiu a eficácia anticoncepcional dos AP. ⁹¹⁻⁹³
b) Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3	2	3	
ANTIBIÓTICOS (exceto Rifampicina)				
a) Griseofulvina	2	1	2	
b) Outros antibióticos	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

ANTICONCEPCIONAIS SÓ DE PROGESTÓGENO (AP)	Os AP não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja sozinho ou combinado outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	PP	D/NE	LNG/ETG	
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	2	2	2	Esclarecimento: É importante observar que os medicamentos antirretrovirais (ARV) têm o potencial tanto de aumentar quanto de diminuir a biodisponibilidade de hormônios esteróides em anticoncepcionais hormonais. Os dados disponíveis são limitados (encontram-se descritos no Anexo 1) e sugerem que as potenciais interações medicamentosas entre muitos ARV (particularmente alguns inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeo (ITRNN) e inibidores de protease (IP) e anticoncepcionais hormonais podem alterar a segurança e eficácia tanto dos contraceptivos hormonais quanto dos ARV. Não se sabe se a eficácia contraceptiva dos anticoncepcionais injetáveis que usam apenas progestógeno (como é o caso do acetato de medroxiprogesterona de depósito e enantato de noretisterona) ficariam comprometidos, uma vez que estes métodos oferecem níveis hormonais sanguíneos mais elevados que outros anticoncepcionais hormonais só com progestógeno, e também superior aos anticoncepcionais orais combinados. Há estudos em curso no intuito de avaliar as potenciais interações entre o acetato de medroxiprogesterona de depósito e determinados medicamentos do tipo IP e ITRNN. Assim, se uma mulher que está em tratamento por ARV decidir iniciar ou continuar o uso de anticoncepcional hormonal, recomenda-se o uso consistente de preservativos para prevenir a transmissão do HIV e também se poderá compensar qualquer possível redução na eficácia do anticoncepcional hormonal.

Ver também os comentários adicionais no final da tabela

Comentários adicionais

IDADE

Menarca a < 18 anos: Para mulheres menores de 18 anos de idade, existem preocupações teóricas relativas aos efeitos hipo-estrogênicos do uso de DMPA, inclusive quanto a saber se estas mulheres atingirão o pico apropriado de massa óssea.

> 45 anos: Para mulheres acima dos 45 anos, há preocupações teóricas relacionadas aos efeitos hipo-estrogênicos do uso de DMPA, inclusive quanto a saber se estas mulheres irão recuperar a perda de massa óssea que perderam após a interrupção do DMPA.

PÓS-PARTO

< 21 dias: Os AP podem ser utilizados com segurança por mulheres que não amamentam imediatamente após o parto.

GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR

Os PP apresentam uma taxa absoluta maior de gravidez ectópica comparada com os AP, mas ainda inferior que a daquelas que não utilizam nenhum método.

HIPERTENSÃO

Doença vascular: Há preocupação referente aos efeitos hipo-estrogênicos e redução nos níveis de HDL, particularmente entre usuárias de DMPA e NET-EN. Contudo, há pouca preocupação quanto a estes efeitos com relação aos PP ou implantes de LNG/ETG. Os efeitos do DMPA e NET-EN poderão persistir por algum tempo após a interrupção do uso.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)

Alguns AP poderão elevar o risco de trombose venosa, embora este aumento seja substancialmente inferior ao produzido pelos AOC.

DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA

Existe preocupação com relação aos efeitos hipo-estrogênicos e redução nos níveis de HDL, particularmente entre usuárias de DMPA e NET-EN. Contudo, há pouca preocupação quanto a estes efeitos com relação aos PP ou implantes de LNG/ETG. Os efeitos do DMPA e NET-EN poderão persistir por algum tempo após a interrupção do uso.

AVC

Existe preocupação com relação aos efeitos hipo-estrogênicos e redução nos níveis de HDL, particularmente entre usuárias de DMPA e NET-EN. Contudo, há pouca preocupação quanto a estes efeitos com relação aos PP ou implantes de LNG/ETG. Os efeitos do DMPA e NET-EN poderão persistir por algum tempo após a interrupção do uso.

CEFALÉIA

A aura é um sintoma neurológico focal específico. Para obter maiores informações sobre este e outros critérios de diagnóstico, consultar: o Subcomitê de Classificação de Cefaléia da Sociedade Internacional de Cefaléia. *The International Classification of Headache Disorders* (classificação internacional de desordens por dor de cabeça), 2ª Edição. Cefalalgia. 2004; 24 (Supl 1): 1- 150. http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

Existe a preocupação de que cefaléias intensas possam aumentar com o uso de NET-EN, DMPA e implantes. Os efeitos do NET-EN e DMPA poderão persistir por algum tempo após a interrupção do uso.

PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL

Padrões irregulares de sangramento menstrual são comuns entre mulheres saudáveis. O uso de AP induz freqüentemente um padrão irregular de sangramento. O uso de implante poderá induzir padrões de sangramento irregulares, especialmente durante os primeiros 3 a 6 meses, mas estes padrões poderão persistir por mais tempo. As usuárias de ETG tem maior probabilidade de desenvolver amenorréia do que as usuárias de LNG.

SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL

Os AP podem provocar padrões irregulares de sangramento que poderão mascarar sintomas de patologia subjacente. Os efeitos do DMPA e do NET-EN poderão persistir por algum tempo após a interrupção do uso.

CÂNCER DE COLO UTERINO (à espera de tratamento)

Há algumas preocupações de ordem teórica de que o uso de AP possa afetar o prognóstico de doença existente. Enquanto aguardam tratamento, as mulheres poderão utilizar AP. De modo geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

DOENÇA MAMÁRIA

Câncer de mama: Câncer de mama é um tumor sensível a hormônios, assim o prognóstico de mulheres com câncer de mama atual ou recente poderá agravar-se com o uso de AP.

CÂNCER ENDOMETRIAL

Enquanto aguardam tratamento, as mulheres poderão utilizar AP. De forma geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

CÂNCER OVARIANO

Enquanto aguardam tratamento, as mulheres poderão utilizar AP. De forma geral, o tratamento desta condição torna a mulher estéril.

MIOMAS UTERINOS

Os AP aparentemente não provocam o crescimento de miomas uterinos.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Não se sabe se os AP, tal como os AOC, reduzem o risco de DIP entre mulheres portadoras de IST, mas de fato eles não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior.

IST

Não se sabe se os AP, tal como os AOC, reduzem o risco de DIP entre mulheres portadoras de IST, mas de fato eles não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior.

ALTO RISCO DE HIV

Não se sabe se os AP, tal como os AOC, reduzem o risco de DIP entre mulheres portadoras de IST, mas de fato eles não protegem contra o HIV ou IST do trato genital inferior.

DIABETES

Doença não vascular: Os AP podem alterar o metabolismo dos carboidratos.

Nefropatia, retinopatia, neuropatia: Existe preocupação relativa aos efeitos hipo-estrogênicos e redução dos níveis de HDL, particularmente entre usuárias de DMPA e NET-EN. Os efeitos do DMPA e NET-EN poderão persistir por algum tempo após a interrupção do uso. Alguns AP poderão elevar o risco de trombose, embora este aumento seja substancialmente inferior ao provocado pelo uso de AOC.

Outra doença vascular ou diabetes com > 20 de duração: Há preocupação referente aos efeitos hipo-estrogênicos e redução nos níveis de HDL, particularmente entre usuárias de DMPA e NET-EN. Os efeitos do DMPA e NET-EN poderão persistir por algum tempo após a interrupção do uso. Alguns AP poderão elevar o risco de trombose, embora este aumento seja substancialmente inferior ao provocado pelo uso de AOC.

ANTECEDENTE DE COLESTASE

Teoricamente, um antecedente de colestase associada ao AOC poderá prever uma colestase subsequente devido ao uso de AP. Contudo, esta hipótese não foi comprovada.

HEPATITE VIRAL

Ativa: Os AP são metabolizados pelo fígado e seu uso poderá ser prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida. Esta preocupação é semelhante, mas menos importante, que com AOC.

CIRROSE

Os AP são metabolizados pelo fígado e seu uso poderá ser prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida. Esta preocupação é semelhante, mas menos importante, que com AOC.

TUMORES HEPÁTICOS

Os AP são metabolizados pelo fígado e seu uso poderá ser prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida. Esta preocupação é semelhante, mas menos importante, que com AOC.

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

Alterações no padrão menstrual associados ao uso de AP apresentam pequeno efeito sobre os níveis de hemoglobina.

Referências para anticoncepcionais só de Progestógeno

1. Busen NH, Britt RB, Rianon N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *Journal of Adolescent Health*, 2003, 32:257-9.
2. Cromer BA et al. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *Journal of Pediatrics*, 1996, 129:671-6.
3. Cundy T et al. Spinal bone density in women using depot medroxyprogesterone contraception. *Obstetrics & Gynecology*, 1998, 92:569-73.
4. Lappe JM, Stegman MR, Recker RR. The impact of lifestyle factors on stress fractures in female army recruits. *Osteoporosis International*, 2001, 12:35-42.
5. Tharnprisan W, Taneepanichskul S. Bone mineral density in adolescent and young Thai girls receiving oral contraceptives compared with depot medroxyprogesterone acetate: a cross-sectional study in young Thai women. *Contraception*, 2002, 66:101-3.
6. Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestógeno-only contraceptives and bone mineral density. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 2001, 108:1214-21.
7. Beerthuis R et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human Reproduction*, 2000, 15:118-22.
8. Cundy T et al. Recovery of bone density in women who stop using medroxyprogesterone acetate. *BMJ*, 1994, 308:247-8.
9. Cundy T, Reid I. Depot medroxyprogesterone and bone density. *BMJ*, 1994, 308:1567-8.
10. Cundy T et al. Menopausal bone loss in long-term users of depot medroxyprogesterone acetate contraception. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:978-83.
11. Gbolade B et al. Bone density in long term users of depot medroxyprogesterone acetate. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1998, 105:790-4.
12. Orr-Walker BJ et al. The effect of past use of the injectable contraceptive depot medroxyprogesterone acetate on bone mineral density in normal post-menopausal women. *Clinical Endocrinology*, 1998, 49:615-8.
13. Tang OS et al. Further evaluation on long-term depot-medroxyprogesterone acetate use and bone mineral density: a longitudinal cohort study. *Contraception*, 2000, 62:161-4.
14. Abdel-Aleem H et al. The use of nomegestrol acetate subdermal contraceptive implant, Uniplant, during lactation. *Contraception*, 1996, 54:281-6.
15. Abdulla KA et al. Effect of early postpartum use of the contraceptive implants, Norplant, on the serum levels of immunoglobulins of the mothers and their breastfed infants. *Contraception*, 1985, 32:261-6.
16. Bjarnadottir RI et al. Comparative study of the effects of a progestógeno-only pill containing desogestrel and an intrauterine contraceptive device in lactating women. *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 2001, 108:1174-80.
17. Croxatto HB et al. Fertility regulation in nursing women. Comparative performance of progesterone implants versus placebo and copper T. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1982, 144:201-8.
18. Diaz S et al. Fertility regulation in nursing women. VI. Contraceptive effectiveness of a subdermal progesterone implant. *Contraception*, 1984, 30:311-25.
19. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2002, 186:1250-6.
20. Hannon PR et al. The influence of medroxyprogesterone on the duration of breast-feeding in mothers in an urban community. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 1997, 151:490-6.
21. Jimenez J et al. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, 1984, 30:523-33.
22. Kamal I et al. Clinical, biochemical, and experimental studies on lactation: clinical effects of steroids on the initiation of lactation. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1970, 108:655-8.
23. Karim M et al. Injected progestógeno and lactation. *British Medical Journal*, 1971, 1:200-3.
24. Massai R et al. Preregistration study on the safety and contraceptive efficacy of a progesterone-releasing vaginal ring in Chilean nursing women. *Contraception*, 1999, 60:9-14.
25. McCann MF et al. The effects of a progestin-only oral contraceptive (levonorgestrel 0.03 mg) on breast-feeding. *Contraception*, 1989, 40:635-48.

26. McEwan JA et al. Early experience in contraception with a new progestógeno. *Contraception*, 1977, 16:339-50.
27. Melis GB et al. Norethisterone enanthate as an injectable contraceptive in puerperal and non-puerperal women. *Contraception*, 1981, 23:77-88.
28. Moggia AV et al. A comparative study of a progestin-only oral contraceptive versus non-hormonal methods in lactating women in Buenos Aires, Argentina.[Erratum appears in *Contraception*, 1991 Sep; 44(3):339]. *Contraception*, 1991, 44:31-43.
29. Narducci U, Piatti N. [Use of Depo-Provera as a contraceptive during the puerperium]. *Minerva Ginecologica*, 1973, 107-11.
30. Seth U et al. Effect of a subdermal silastic implant containing norethindrone acetate on human lactation. *Contraception*, 1977, 16:383-98.
31. Shaaban MM, Salem HT, Abdullah KA. Influence of levonorgestrel contraceptive implants, Norplant, initiated early postpartum upon lactation and infant growth. *Contraception*, 1985, 32:623-35.
32. Shaaban MM. Contraception with progestógenos and progesterone during lactation. *Journal of Steroid Biochemistry & Molecular Biology*, 1991, 40:705-10.
33. Shikary ZK et al. Pharmacodynamic effects of levonorgestrel (LNG) administered either orally or subdermally to early postpartum lactating mothers on the urinary levels of follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH) and testosterone (T) in their breast-fed male infants. *Contraception*, 1986, 34:403-12.
34. Sivin I et al. Contraceptives for lactating women: a comparative trial of a progesterone-releasing vaginal ring and the copper t 380a iud. *Contraception*, 1997, 55:225-32.
35. Velasquez J et al. [Effect of daily oral administration of 0.350 mg of norethindrone on lactation and chemical composition of milk]. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 1976, 40(237):31-9.
36. West CP. The acceptability of a progestagen-only contraceptive during breast-feeding. *Contraception*, 1983, 27:563-9.
37. Zanartu J, Aguilera E, Munoz-Pinto G. Maintenance of lactation by means of continuous low-dose progestógeno given post-partum as a contraceptive. *Contraception*, 1976, 13:313-8.
38. Reinprayoon D et al. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant (Implanon) on parameters of breastfeeding compared to those of an intrauterine device. *Contraception*, 2000, 62:239-46.
39. Kurunmaki H. Contraception with levonorgestrel-releasing subdermal capsules, Norplant, after pregnancy termination. *Contraception*, 1983, 27:473-82.
40. Kurunmaki H et al. Immediate postabortal contraception with Norplant: levonorgestrel, gonadotropin, estradiol, and progesterone levels over two postabortal months and return of fertility after removal of Norplant capsules. *Contraception*, 1984, 30:431-42.
41. Lahteenmaki P, Toivonen J, Lahteenmaki PL. Postabortal contraception with norethisterone enanthate injections. *Contraception*, 1983, 27:553-62.
42. Ortayli N et al. Immediate postabortal contraception with the levonorgestrel intrauterine device, Norplant, and traditional methods. *Contraception*, 2001, 63:309-14.
43. Connor PD et al. Determining risk between Depo-Provera use and increased uterine bleeding in obese and overweight women. *Journal of the American Board of Family Practice*, 2002, 15:7-10.
44. Leiman G. Depo-medroxyprogesterone acetate as a contraceptive agent: its effect on weight and blood pressure. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1972, 114:97-102.
45. Mangan SA, Larsen PG, Hudson S. Overweight teens at increased risk for weight gain while using depot medroxyprogesterone acetate. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2002, 15:79-82.
46. Sivin I et al. Contraception with two levonorgestrel rod implants. A 5-year study in the United States and Dominican Republic. *Contraception*, 1998, 58:275-82.
47. Sivin I et al. Prolonged effectiveness of Norplant(R) capsule implants: a 7-year study. *Contraception*, 2000, 61:187-94.
48. Sivin I et al. Levonorgestrel concentrations during 7 years of continuous use of Jadelle contraceptive implants. *Contraception*, 2001, 64:43-9.
49. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestógeno-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. *Contraception*, 1998, 57:315-24.
50. Cromer BA et al. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics*, 1994, 94:687-94.

51. Gupta N et al. Mood changes in adolescents using depot-medroxyprogesterone acetate for contraception: a prospective study. *Journal of Pediatric & Adolescent Gynecology*, 2001, 14:71-6.
52. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Norplant contraceptive implants. *Contraception*, 1998, 57:241-5.
53. Westhoff C et al. Depressive symptoms and Depo-Provera. *Contraception*, 1998, 57:237-40.
54. Smith JS et al. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet*, 2003, 361:1159-67.
55. Baeten JM et al. Hormonal contraception and risk of sexually transmitted disease acquisition: results from a prospective study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 2001, 185:380-5.
56. Giuliano AR et al. Human papillomavirus infection at the United States-Mexico border: implications for cervical cancer prevention and control. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 2001, 10:1129-36.
57. Jacobson DL et al. Relationship of hormonal contraception and cervical ectopy as measured by computerized planimetry to chlamydial infection in adolescents. *Sexually Transmitted Diseases*, 2000, 27:313-9.
58. Lavreys L et al. Human herpesvirus 8: seroprevalence and correlates in prostitutes in Mombasa, Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 2003, 187:359-63.
59. Moscicki AB et al. Risks for incident human papillomavirus infection and low-grade squamous intraepithelial lesion development in young females. *JAMA*, 2001, 285:2995-3002.
60. Nsofor BI, Bello CS, Ekwempu CC. Sexually transmitted disease among women attending a family planning clinic in Zaria, Nigeria. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1989, 28:365-7.
61. Ruijs GJ et al. Direct immunofluorescence for Chlamydia trachomatis on urogenital smears for epidemiological purposes. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 1988, 27:289-97.
62. Aklilu M et al. Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa, Ethiopia. *AIDS*, 2001, 15:87-96.
63. Allen S et al. Pregnancy and contraception use among urban Rwandan women after HIV testing and counseling. *American Journal of Public Health*, 1993, 83:705-10.
64. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
65. Cohen E, Navaline H, Metzger D. High-risk behaviors for HIV: a comparison between crack-abusing and opioid-abusing African-American women. *Journal of Psychoactive Drugs*, 1994, 26:233-41.
66. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
67. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
68. Kiddugavu M et al. Hormonal contraceptive use and HIV-1 infection in a population-based cohort in Rakai, Uganda. *AIDS*, 2003, 17:233-40.
69. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:30-5.
70. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
71. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
72. Nagachinta T et al. Risk factors for HIV-1 transmission from HIV-seropositive male blood donors to their regular female partners in northern Thailand. *AIDS*, 1997, 11:1765-72.
73. Nzila N et al. HIV and other sexually transmitted diseases among female prostitutes in Kinshasa. *AIDS*, 1991, 5:715-21.
74. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
75. Rehle T et al. Risk factors of HIV-1 infection among female prostitutes in Khon Kaen, Northeast Thailand. *Infection*, 1992, 20:328-31.
76. Siraprapasiri T et al. Risk factors for HIV among prostitutes in Chiangmai, Thailand. *AIDS*, 1991, 5:579-82.
77. Taneepanichskul S, Phuapradit W, Chaturachinda K. Association of contraceptives and HIV-1 infection in Thai female commercial sex workers. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1997, 37:86-8.

78. Ungchusak K et al. Determinants of HIV infection among female commercial sex workers in northeastern Thailand: results from a longitudinal study.[erratum appears in *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol* 1998 Jun 1;18(2):192]. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes & Human Retrovirology*, 1996, 12:500-7.
79. McClelland RS et al. A prospective study of hormonal contraceptive use and cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus type 1-seropositive women. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:1822-5.
80. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
81. Mostad SB et al. Cervical shedding of herpes simplex virus in human immunodeficiency virus-infected women: effects of hormonal contraception, pregnancy, and vitamin A deficiency. *Journal of Infectious Diseases*, 2000, 181:58-63.
82. Tagy AH et al. The effect of low-dose combined oral contraceptive pills versus injectable contraceptive (Depot Provera) on liver function tests of women with compensated bilharzial liver fibrosis. *Contraception*, 2001, 64:173-6.
83. Adadevoh BK, Isaacs WA. The effect of megestrol acetate on sickling. *American Journal of the Medical Sciences*, 1973, 265:367-70.
84. Barbosa IC et al. Carbohydrate Metabolism in Sickle Cell Patients Using a Subdermal Implant Containing Nomegestrol Acetate (Uniplant). *Contraception*, 2001, 63:263-5.
85. de Abood M et al. Effects of Depo-Provera or Microgynon on the Painful Crises of Sickle Cell Anemia Patients. *Contraception*, 1997, 56:313-6.
86. De Ceulaer K et al. Medroxyprogesterone acetate and homozygous sickle-cell disease. *Lancet*, 1982, 2:229-31.
87. Howard RJ, Lillis C, Tuck SM. Contraceptives, Counselling, and Pregnancy in Women with Sickle Cell Disease. *BMJ*, 1993, 306:1735-7.
88. Ladipo OA et al. Norplant use by women with sickle cell disease. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 1993, 41:85-7.
89. Nascimento ML, Ladipo OA, Coutinho E. Nomegestrol acetate contraceptive implant use by women with sickle cell disease. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 1998, 64:433-8.
90. Yoong WC, Tuck SM, Yardumian A. Red cell deformability in oral contraceptive pill users with sickle cell anaemia. *British Journal of Haematology*, 1999, 104:868-70.
91. Haukkamaa M. Contraception by Norplant subdermal capsules is not reliable in epileptic patients on anticonvulsant treatment. *Contraception*, 1986, 33:559-65.
92. Odland V, Olsson SE. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenytoin treatment in a woman with Norplant implants. *Contraception*, 1986, 33:257-61.
93. Shane-McWhorter L et al. Enhanced metabolism of levonorgestrel during phenobarbital treatment and resultant pregnancy. *Pharmacotherapy*, 1998, 18:1360-4.

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS DE EMERGÊNCIA

ANTICONCEPCIONAIS ORAIS DE EMERGÊNCIA (AE) (inclusive pílulas anticoncepcionais de levonorgestrel e pílulas anticoncepcionais orais combinadas)	Os AE não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
GRAVIDEZ	NA	Esclarecimento: Embora este método não seja indicado para mulheres com suspeita ou confirmação de gravidez, não se conhecem efeitos patogênicos para a mulher no decurso da gravidez nem para o feto caso sejam acidentalmente utilizadas AE durante a gestação.
AMAMENTAÇÃO	1	
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	1	
ANTECEDENTE DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES GRAVES* (doença cardíaca isquêmica, acidente vascular cerebral ou outras condições tromboembólicas)	2	
ANGINA PECTORIS*	2	
ENXAQUECA*	2	
DOENÇA HEPÁTICA GRAVE (inclusive icterícia)*	2	
USO REPETIDO DE AE	1	Esclarecimento: O uso recorrente de AE é uma indicação de que a mulher necessita de maior aconselhamento em relação a outras opções contraceptivas. Frequentemente, o uso repetido de AE poderá ser pernicioso a mulheres que apresentem as condições classificadas como 2, 3 ou 4 para o uso de AOC, AIC ou AP.
ESTUPRO*	1	

* Comentários adicionais

ANTECEDENTE DE COMPLICAÇÕES CARDIOVASCULARES GRAVES

A duração do uso de AE é inferior ao do uso regular de AOC ou PP e, sendo assim, é de se esperar que apresente impacto clínico menor.

ANGINA PECTORIS

A duração do uso de AE é inferior ao do uso regular de AOC ou PP e, sendo assim, é de se esperar que apresente impacto clínico menor.

ENXAQUECA

A duração do uso de AE é inferior ao do uso regular de AOC ou PP e, sendo assim, é de se esperar que apresente impacto clínico menor.

DOENÇA HEPÁTICA GRAVE (inclusive icterícia)

A duração do uso de AE é inferior ao do uso regular de AOC ou PP e, sendo assim, é de se esperar que apresente impacto clínico menor.

ESTUPRO

Não há restrições quanto ao uso de AE em casos de estupro.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTE REPRODUTIVOS.....	1
GRAVIDEZ	1
IDADE*	1
PariDADE*	1
PÓS-parto*	1
Pós-aborto*	2
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR*	2
Antecedente DE CIRURGIA PÉLVICA	2
TABAGISMO	2
ObesiDADE.....	2
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	2
DOENÇA CARDIOVASCULAR	3
MÚltiplos fatores de risco PARA doença cardiovascular arterial	3
HIPERTENSÃO*	3
Antecedente DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ.....	3
TROMBOSE venosa PROFUNDA (tvp)/ EMBOLIA pulmonar (Ep)*	4
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS	4
TROMBOSE VENOSA Superficial.....	4
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*.....	4
AVC*	4
hIperlipidemias conhecidas	5
DOENÇA CARDÍACA Valvular	5
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS.....	5
EpilepsIA.....	5
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	5
alterações Depressivas.....	5
ALTERAÇÕES E INFECÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR	6
padrões de sagramento Vaginal*	6
SANGRAMENTO vaginal INEXPLICÁVEL	6
Endometriosis*	6
TUMORES OVARIANOS BenignOS	6
dismenorrÉIA INTENSA*	6
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL*	6
ECTRÓPIO Cervical	6
neoplasia intraepitelial Cervical (NIC)*.....	6
CÂNCER DE COLO UTERINO*	7
DOENÇA MAMÁRIA*	7
CÂNCER Endometrial*	7
CÂNCER Ovariano*	7
MIOMAS UterinOS*	7
ANORMALIDADES Anatômicas*	8
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*	8
IST*	9
HIV/AIDS	9
ALTO RISCO DE HIV*	9
INFECTADA COM HIV	9
AIDS	10
OUTRAS INFECÇÕES.....	10
ESQUISTOSSOMOSE	10
TuberculosE*	10
MalÁria.....	10

ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS	11
Diabetes*	11
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE.....	11
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS	11
doença da veícula biliar.....	11
Antecedente DE colestasE*	12
hepatite Viral*.....	12
Cirrose*	12
TUMORES DO FÍGADO*	12
ANEMIAS	12
Talassemia*	12
ANEMIA FALCIFORME*	12
anemia por deficiência de ferro*	12
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	12
DrOGRAS QUE AFETAM AS ENIZMAS DO FÍGADO	12
Antibióticos.....	13
TERAPIA Antiretroviral	13
Comentários Adicionais	14
Referências para dispositivos intrauterinos	16

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

DIU-Cu = DIU com cobre

DIU-LNg = DIU liberador de Levonorgestrel (20 µg/24hours)

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu	DIU-LNg	
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS			
GRAVIDEZ	4	4	Esclarecimento: O DIU não é indicado durante a gravidez e não deve ser utilizado por causa do risco de grave infecção pélvica e aborto séptico espontâneo.
IDADE*			
a) Menarca a < 20 anos	2	2	
b) ≥ 20 anos	1	1	
PARIDADE*			
a) Nulípara	2	2	Evidências: Existem dados controversos em relação ao uso de DIU estar ou não associado a infertilidade entre mulheres nulíparas, embora estudos recentes, bem conduzidos, sugerem que não haja aumento do risco. ¹⁻⁹
b) Multípara	1	1	
PÓS-PARTO* (com ou sem amamentação, inclusive após cesárea)			
a) < 48 horas	2	3	Evidências: Houve certo aumento nas taxas de expulsão com inserção pós-parto tardio quando comparadas com inserção pós-parto imediato e inserção pós-parto imediato comparado com inserção no intervalo. ¹⁰⁻¹⁶
b) 48 horas a < 4 semanas	3	3	
c) ≥ 4 semanas	1	1	
d) Infecção puerperal	4	4	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu	DIU-LNg	
PÓS-ABORTO*			<p>Esclarecimento: Os DIU podem ser inseridos imediatamente após aborto espontâneo ou induzido do primeiro trimestre.</p> <p>Evidências: Não houve diferença quanto ao risco de complicações para inserção imediata versus tardia de DIU após o aborto. A expulsão foi maior quando se inseriu um DIU logo após um aborto no segundo trimestre versus logo após um aborto no primeiro trimestre. Não houve diferenças quanto à segurança ou expulsões em relação a inserção pós-aborto de um DIU-LNg comparado a DIU-Cu.¹⁷⁻³⁰</p>
a) Primeiro trimestre	1	1	
b) Segundo trimestre	2	2	
c) Após aborto séptico	4	4	
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR*	1	1	
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA (ver pós-parto, inclusive após cesárea)	1	1	
TABAGISMO			
a) Idade < 35 anos	1	1	
b) Idade ≥ 35 anos			
(i) < 15 cigarros/dia	1	1	
(ii) ≥ 15 cigarros/dia	1	1	
OBESIDADE Índice de massa corporal ≥ 30 kg/m ² (IMC)	1	1	
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	NA	NA	<p>Esclarecimento: Embora seja apropriado efetuar medição da pressão arterial visando um bom atendimento de saúde preventiva, esta não está objetivamente relacionada à segurança e eficácia no uso do DIU. Não se deve negar às mulheres o uso de DIU simplesmente em função da impossibilidade de se medir a pressão arterial.</p>

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu	DIU-LNg	
DOENÇA CARDIOVASCULAR			
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tais como idade \geq 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)	1	2	
HIPERTENSÃO*			
Em todas as categorias de hipertensão, as classificações se baseiam no pressuposto de que não existam outros fatores de risco de doença cardiovascular. No caso de haver múltiplos fatores de risco, poderá ocorrer um aumento substancial do risco de doença cardiovascular. Uma única leitura dos níveis de pressão arterial não é suficiente para classificar uma mulher como hipertensa.			
a) Antecedente de hipertensão em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	1	2	
b) Hipertensão adequadamente controlada em que a pressão arterial PODE ser avaliada	1	1	
c) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)			
(i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	1	1	
(ii) sistólica \geq 160 ou diastólica \geq 100	1	2	
d) Doença vascular	1	2	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (em que a pressão arterial atual é medida e encontra-se normal)	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu	DIU-LNg	
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*			
a) Antecedente de TVP/EP	1	2	
b) TVP/EP atual	1	3	
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau)	1	1	
d) Cirurgia de grande porte			
(i) com imobilização prolongada	1	2	
(ii) sem imobilização prolongada	1	1	
e) Cirurgia menor sem imobilização	1	1	
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	1	2	Esclarecimento: Testes de rotina não são apropriados devido à raridade das condições e ao custo elevado dos testes.
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL			
a) Veias varicosas	1	1	
b) Tromboflebite superficial	1	1	
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	1	I C 2 3	
AVC* (antecedente de acidente vascular cerebral)	1	2	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu	DIU-LNg	
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	1	2	Esclarecimento: Testes de rotina não são apropriados devido à raridade das condições e ao custo elevado dos testes.
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR a) Não complicada b) Complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, antecedente de endocardite bacteriana subaguda)	1 2	1 2	Esclarecimento: Aconselha-se o uso de antibióticos profiláticos para prevenir endocardite no caso de inserção.
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS			
CEFALÉIA*		I C	Esclarecimento: Quaisquer novas cefaléias ou alterações acentuadas nas cefaléias devem ser avaliadas.
a) Sem enxaqueca (leve ou intensa)	1	1 1	
b) Com enxaqueca			
(i) sem aura			
idade < 35	1	2 2	
idade ≥ 35	1	2 2	
(ii) com aura, em qualquer idade	1	2 3	
EPILEPSIA	1	1	
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS			
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	1	Esclarecimento: A classificação baseia-se em dados relativos a mulheres com alterações depressivas específicas. Não se dispõe de dados sobre desordem bipolar ou depressão pós-parto. Existe um potencial de interações medicamentosas entre alguns medicamentos antidepressivos e contraceptivos hormonais.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS		
	DIU-Cu	DIU-LNg			
ALTERAÇÕES E INFECÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR					
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL*			I	C	
a) Padrão irregular <i>sem</i> sangramento intenso	1		1	1	
b) Sangramento intenso ou prolongado (padrões tanto regulares quanto irregulares)	2		1	2	Esclarecimento: Sangramento intenso fora do comum deve levantar a suspeita de condição subjacente grave. Evidências: Entre mulheres com sangramento intenso ou prolongado, os DIU-LNg foram benéficos no tratamento de menorragia. ³¹⁻³⁵
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL (suspeita de condição grave)					Esclarecimento: Se houver suspeita de gravidez ou alguma condição patológica subjacente (tal como problema pélvico maligno), a mesma deve ser avaliada e a categoria ajustada após a avaliação. Não há necessidade de remover o DIU antes da avaliação.
Antes da avaliação	I	C	I	C	
	4	2	4	2	
ENDOMETRIOSE*	2		1		Evidências: O uso de DIU-LNg entre mulheres com endometriose reduziu a dismenorréia e a dor pélvica. ^{36, 37}
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	1		1		
DISMENORRÉIA INTENSA*	2		1		
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL*					
a) Benigna	3		3		
b) Maligna	4		4		
ECTRÓPIO CERVICAL	1		1		
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)*	1		2		

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS	
	DIU-Cu	DIU-LNg		
CÂNCER DE COLO UTERINO * (à espera de tratamento)	I	C	I	C
	4	2	4	2
DOENÇA MAMÁRIA*				
a) Massa não diagnosticada	1	2		
b) Doença mamária benigna	1	1		
c) Antecedente familiar de câncer	1	1		
d) Câncer de mama:				
(i) atual	1	4		
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	1	3		
CÂNCER ENDOMETRIAL*	I	C	I	C
	4	2	4	2
CÂNCER OVARIANO*	3	2	3	2
MIOMAS UTERINOS*				
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	1		Evidências: Entre mulheres com miomas, não ocorreram eventos de saúde adversos devido ao uso de DIU-LNg e houve diminuição nos sintomas e tamanho dos miomas em algumas mulheres. ³⁸⁻⁴⁴
b) Com distorção da cavidade uterina	4	4		

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS	
	DIU-Cu	DIU-LNg		
ANORMALIDADES ANATÔMICAS*				
a) Cavidade uterina distorcida (qualquer anormalidade uterina congênita ou adquirida que distorça a cavidade uterina de modo a tornar incompatível a inserção do DIU)	4	4		
b) Outras anormalidades (inclusive estenose ou lacerações cervicais) que não distorçam a cavidade uterina ou interfiram na inserção do DIU	2	2		
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*				
	I	C	I	C
a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para IST)				
(i) com gravidez subsequente	1	1	1	1
(ii) sem gravidez subsequente	2	2	2	2
b) DIP - atual	4	2	4	2
				<p>Esclarecimento no caso de continuação: Trate a DIP usando os antibióticos apropriados. Não há geralmente necessidade de remover o DIU se a cliente desejar continuar a usá-lo. (Ver <i>Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use</i>. OMS: Genebra, 2002). A continuação do uso do DIU depende da escolha informada por parte da mulher e dos seus fatores de risco atuais quanto a IST e DIP.</p> <p>Evidências: Entre usuárias de DIU tratadas de DIP, não houve diferença na ovulação clínica quando o DIU foi removido ou deixado no lugar.⁴⁵⁻⁴⁷</p>

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação				ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu		DIU-LNg		
IST*	I	C	I	C	
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	4	2	4	2	<p>Esclarecimento no caso de continuação: Trate a IST usando os antibióticos apropriados. Não há geralmente necessidade de remover o DIU se a cliente desejar continuar a usá-lo. A continuação de uso do DIU depende da escolha informada por parte da mulher e dos seus fatores de risco atuais quanto a IST e DIP.</p> <p>Evidências: Não há evidências quanto à inserção de DIU entre mulheres com IST aumentar ou não o risco de DIP comparado com a não inserção de DIU. Entre mulheres com um DIU aplicado, o risco absoluto de contrair DIP foi baixo entre mulheres com IST no momento da inserção mas maior que entre mulheres sem IST no momento da inserção do DIU.⁴⁸⁻⁵⁴</p> <p>Esclarecimento para o início: Caso uma mulher tenha probabilidade individual muito alta de exposição a gonorréia ou infecção por clamídia, a condição é uma Categoria 3.</p> <p>Evidências: Usando um algoritmo para classificar a situação de risco de IST entre usuárias de DIU, um estudo relatou que 11% das mulheres com alto risco de IST tiveram complicações associadas ao DIU, comparadas a 5% das não classificadas como de alto risco.⁵⁰</p>
b) Outras IST (exceto HIV e hepatite)	2	2	2	2	
c) Vaginite (inclusive tricomoníase e vaginose bacteriana)	2	2	2	2	
d) Risco aumentado para IST	2/3	2	2/3	2	
HIV/AIDS	I	C	I	C	
ALTO RISCO DE HIV*	2	2	2	2	Evidências: Entre mulheres com risco de HIV, o DIU com cobre não aumentou a aquisição do HIV. ⁵⁵⁻⁶⁵
INFECTADA COM HIV	2	2	2	2	Evidências: Entre usuárias de DIU, há evidências limitadas que mostram não haver aumento do risco de complicações gerais ou associadas a infecção quando se comparam mulheres infectadas pelo HIV com mulheres não infectadas. Além disso, o uso de DIU entre mulheres infectadas por HIV não esteve associado ao aumento do risco de transmissão a parceiros sexuais. ^{55, 66-69}

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS	
	DIU-Cu	DIU-LNg		
AIDS	3	2	3	2
Clinicamente bem em terapia de ARV	2	2	2	2
OUTRAS INFECÇÕES				
ESQUISTOSSOMOSE				
a) Não complicada	1		1	
b) Fibrose do fígado (se intensa, ver cirrose)	1		1	
TUBERCULOSE*	I	C	I	C
a) Não pélvica	1	1	1	1
b) Pélvica conhecida	4	3	4	3
MALÁRIA	1		1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu	DIU-LNg	
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS			
DIABETES*			
a) Antecedente de doença gestacional	1	1	
b) Sem doença vascular			
(i) não insulino-dependente	1	2	
(ii) insulino-dependente	1	2	
c) Com nefropatia/ retinopatia/ neuropatia	1	2	
d) Com outra doença vascular ou diabetes com >20 anos de duração	1	2	
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE			
a) Bócio simples	1	1	
b) Hipertireoidismo	1	1	
c) Hipotireoidismo	1	1	
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS			
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR			
a) Sintomática			
(i) tratada por colecistectomia	1	2	
(ii) tratada clinicamente	1	2	
(iii) atual	1	2	
b) Assintomática	1	2	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	DIU-Cu	DIU-LNg	
ANTECEDENTE DE COLESTASE*			
a) Associada à gravidez	1	1	
b) Relacionada ao uso de AOC	1	2	
HEPATITE VIRAL*			
a) Ativa	1	3	
b) Portadora	1	1	
CIRROSE*			
a) Compensada	1	2	
b) Descompensada	1	3	
TUMORES DO FÍGADO*			
a) Benigno (adenoma)	1	3	
b) Maligno (hepatoma)	1	3	
ANEMIAS			
TALASSEMIA*	2	1	
ANEMIA FALCIFORME*	2	1	
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO*	2	1	
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS			
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS DO FÍGADO			
a) Rifampicina	1	1	Evidências: Um estudo constatou que rifabutina, que está na mesma classe de medicamentos da rifampicina, não tem impacto sobre a eficácia do DIU-LNg. ⁷⁰
b) Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)	Os DIU não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive no período pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, tanto isoladamente quanto combinado com qualquer outro método contraceptivo. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA I=Iniciação, C=Continuação		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS		
	DIU-Cu	DIU-LNg			
ANTIBIÓTICOS (exceto Rifampicina)	1	1			
a) Griseofulvina	1	1			
b) Outros antibióticos	1	1			
TERAPIA ANTIRETROVIRAL	I	C	I	C	
	2/3	2	2/3	2	Esclarecimento: Não há interação medicamentosa conhecida entre a terapia ARV e o uso de DIU. Entretanto, a aids enquanto condição é classificada como Categoria 3 para inserção e Categoria 2 para continuação a menos que a mulher esteja clinicamente bem em terapia ARV. Neste caso, tanto a inserção quanto a continuação são classificadas como Categoria 2. (Ver a aids como condição acima.)

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

Comentários Adicionais

IDADE

Menarca a < 20 anos: Há preocupação tanto quanto ao risco de expulsão devido à nuliparidade e quanto ao risco de IST devido ao comportamento sexual em faixas etárias mais jovens.

PARIDADE

Nulípara: A nuliparidade está relacionada a aumento do risco de expulsão.

PÓS-PARTO

< 48 horas, 48 horas a < 4 semanas, ≥ 4 semanas: A preocupação de que o recém-nascido possa correr risco devido à exposição a hormônios esteróides em função do uso de DIU-LNg durante as primeiras 6 semanas depois do parto é a mesma existente para os outros AP.

Infecção puerperal: A inserção de um DIU pode agravar substancialmente a condição.

PÓS-ABORTO

Logo após aborto séptico: A inserção de um DIU pode agravar substancialmente a condição.

GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR

O risco absoluto de gravidez ectópica é extremamente baixo devido à alta eficácia dos DIU. Entretanto, quando uma mulher fica grávida durante o uso de DIU, a probabilidade relativa de uma gravidez ectópica aumenta muito.

HIPERTENSÃO

Há preocupação de ordem teórica quanto ao efeito do LNG sobre os lipídios. Não há restrição quando aos DIU com cobre.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)

Alguns progestógenos podem elevar o risco de trombose venosa, embora este aumento seja substancialmente inferior ao dos AOC.

DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA

Há preocupação de ordem teórica quanto ao efeito do LNG sobre os lipídios. Não há restrição quanto aos DIU com cobre.

AVC

Há preocupação de ordem teórica quanto ao efeito do LNG sobre os lipídios. Não há restrição quanto aos DIU com cobre.

CEFALÉIA

A aura é um sintoma neurológico focal específico. Para obter maiores informações sobre este e outros critérios de diagnóstico, consultar o: Subcomitê de Classificação de Cefaléias e da Sociedade Internacional das Cefaléias. *The International Classification of Headache Disorders*, 2ª Edição. Cefalalgia. 2004; 24 (Supl 1): 1- 150.

http://216.25.100.131/ihscommon/guidelines/pdfs/ihc_II_main_no_print.pdf

PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL

O uso de DIU-LNg provoca freqüentemente alterações nos padrões de sangramento menstrual. Com o passar do tempo, as usuárias de DIU-LNg tem mais probabilidade que as não usuárias de se tornarem amenorréicas, por este motivo os DIU-LNg são utilizados às vezes como tratamento para corrigir sangramento intenso.

ENDOMETRIOSE

O uso de DIU com cobre poderá agravar dismenorréia associada a esta condição.

DISMENORRÉIA INTENSA

A dismenorréia poderá se intensificar em função do uso de DIU com cobre. O uso de DIU-LNg foi associado à redução de dismenorréia.

DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL

Há um aumento do risco de perfuração uma vez que o tratamento para a condição poderá exigir múltiplas curetagens uterinas.

NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)

Há uma certa preocupação teórica de que os DIU-LNg possam intensificar o desenvolvimento de NIC.

CÂNCER CERVICAL (aguardando tratamento)

Há preocupação quanto ao aumento do risco de infecção e sangramento quando da inserção. O DIU provavelmente precisará ser removido no momento do tratamento mas, até então, a mulher permanecerá em risco de engravidar.

DOENÇA MAMÁRIA

Câncer de mama: O câncer de mama é um tumor sensível aos hormônios. Preocupações quanto ao desenvolvimento da doença poderão ser menores com DIU-LNg do que com AOC ou AP de dosagem mais elevada.

CÂNCER ENDOMETRIAL

Há preocupação quanto ao aumento do risco de infecção, perfuração e sangramento quando da inserção. O DIU provavelmente precisará ser removido no momento do tratamento mas, enquanto isso, a mulher permanecerá em risco de engravidar.

CÂNCER OVARIANO

O DIU provavelmente precisará ser removido no momento do tratamento mas, enquanto isso, a mulher permanecerá em risco de engravidar.

MIOMAS UTERINOS

Sem distorção da cavidade uterina: Mulheres com sangramento intenso ou prolongado devem ser designadas com a categoria daquela condição.

Com distorção da cavidade uterina: Miomas uterinos pré-existentes que distorçam a cavidade uterina poderão ser incompatíveis com a inserção e posicionamento correto do DIU.

ANORMALIDADES ANATÔMICAS

Cavidade uterina distorcida: Na presença de uma anormalidade anatômica que distorça a cavidade uterina, poderá não ser possível realizar um correto posicionamento do DIU.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Os DIU não protegem contra IST/HIV/DIP. Em mulheres com baixo risco de IST, a inserção do DIU implica em pequeno risco de DIP. O risco atual de IST e o desejo de uma futura gravidez são considerações relevantes neste caso.

IST

Os DIU não protegem contra IST/HIV/DIP. Em mulheres com infecção por clamídia ou gonorréia, deve-se evitar o aumento potencial do risco de DIP em função da inserção de DIU. A preocupação é menor no caso de outras IST.

ALTO RISCO DE HIV

Os DIU não protegem contra IST/HIV/DIP.

TUBERCULOSE

Pélvica conhecida: A inserção de um DIU poderá agravar substancialmente a condição conhecida.

DIABETES

Não está claro se a quantidade de LNG liberada pelo DIU pode influir ligeiramente no metabolismo de carboidratos e lipídios. Alguns progestógenos podem elevar o risco de trombose, embora este aumento seja substancialmente menor do que os dos AOC.

ANTECEDENTE DE COLESTASE

Há preocupação de que um antecedente de colestase associado a AOC possa antever uma subsequente colestase em função do uso de LNG. Não está claro se há qualquer risco em função do uso de um DIU-LNg.

HEPATITE VIRAL

Ativa: Os AP são metabolizados pelo fígado e seu uso pode ter efeito prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida. Esta preocupação é semelhante, mas inferior, àquela relativa aos AOC.

CIRROSE

Os AP são metabolizados pelo fígado e seu uso pode ter efeito prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida. Esta preocupação é semelhante, mas inferior, àquela relativa aos AOC.

TUMORES HEPÁTICOS

Os AP são metabolizados pelo fígado e seu uso pode ter efeito prejudicial em mulheres cuja função hepática esteja comprometida. Além disso, o uso de AP poderá intensificar o desenvolvimento de tumores. Esta preocupação é semelhante, mas inferior, àquela relativa aos AOC.

TALASSEMIA

Há preocupação quanto ao aumento do risco de perda de sangue em função do uso de DIU com cobre.

ANEMIA FALCIFORME

Há preocupação quanto ao aumento do risco de perda de sangue em função do uso de DIU com cobre.

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO

Há preocupação quanto ao aumento do risco de perda de sangue em função do uso de DIU com cobre.

Referências para dispositivos intrauterinos

1. Cramer DW et al. Tubal infertility and the intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:941-7.
2. Daling JR et al. Primary tubal infertility in relation to the use of an intrauterine device. *New England Journal of Medicine*, 1985, 312:937-41.
3. Daling JR et al. The intrauterine device and primary tubal infertility. *New England Journal of Medicine*, 1992, 326:203-4.
4. Delborge W et al. Return to fertility in nulliparous and parous women after removal of the GyneFix intrauterine contraceptive system. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2002, 7:24-30.
5. Doll H, Vessey M, Painter R. Return of fertility in nulliparous women after discontinuation of the intrauterine device: comparison with women discontinuing other methods of contraception. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:304-14.
6. Hubacher D et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *New England Journal of Medicine*, 2001, 345:561-7.
7. Skjeldestad FE, Bratt H. Return of fertility after use of IUDs (Nova-T, MLCu250 and MLCu375). *Advances in Contraception*, 1987, 3:139-45.
8. Urbach DR et al. Association of perforation of the appendix with female tubal infertility. *American Journal of Epidemiology*, 2001, 153:566-71.
9. Wilson JC. A prospective New Zealand study of fertility after removal of copper intrauterine contraceptive devices for conception and because of complications: a four-year study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1989, 160:391-6.
10. Brenner PF. A clinical trial of the Delta-T intrauterine device: immediate postpartum insertion. *Contraception*, 1983, 28:135-47.
11. Chi IC, Wilkens L, Rogers S. Expulsions in immediate postpartum insertions of Lippes Loop D and Copper T IUDs and their counterpart Delta devices--an epidemiological analysis. *Contraception*, 1985, 32:119-34.
12. El-Shafei M. Postpartum and postabortion intrauterine device insertion unmet needs of safe reproductive health: three year experience of Mansoura University Hospital. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2000, 26:253-62.
13. Grimes D et al. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices.[update of *Cochrane Database Systematic Reviews*, 2001, CD003036; PMID: 11406064]. [Review] [30 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2003, CD003036.
14. Morrison C et al. Clinical outcomes of two early postpartum IUD insertion programs in Africa. *Contraception*, 1996, 53:17-21.
15. Thiery M et al. The ML Cu250; clinical experience in Belgium and The Netherlands. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1982, 89:51-3.
16. Thiery M, Delbeke L, Van Kets H. Comparative performance of two copper-wired IUDs (ML Cu 250 and T Cu 200): immediate postpartum and interval insertion. *Advances in Contraceptive Delivery Systems*, 1980, 1:27-35.
17. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. The Alza T IPCS 52, a longer acting progesterone IUD: safety and efficacy compared to the TCu220C and multiloal 250 in two randomized multicentre trials. *Clinical Reproduction & Fertility*, 1983, 2:113-28.
18. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following termination of pregnancy: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:99-108.
19. The World Health Organization's Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Task Force on Intrauterine Devices for Fertility Regulation. IUD insertion following spontaneous abortion: a clinical trial of the TCu 220C, Lippes loop D, and copper 7. *Studies in Family Planning*, 1983, 14:109-14.
20. El Tagy A et al. Safety and acceptability of post-abortal IUD insertion and the importance of counseling. *Contraception*, 2003, 67:229-34.
21. Gillett PG et al. A comparison of the efficacy and acceptability of the Copper-7 intrauterine device following immediate or delayed insertion after first-trimester therapeutic abortion. *Fertility & Sterility*, 1980, 34:121-4.

22. Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices.[update of Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD001777; PMID: 10796820]. [Review] [28 refs]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2002, CD001777.
23. Gupta I, Devi PK. Studies on immediate post-abortion copper "T" device. *Indian Journal of Medical Research*, 1975, 63:736-9.
24. Moussa A. Evaluation of postabortion IUD insertion in Egyptian women. *Contraception*, 2001, 63:315-7.
25. Pakarinen P, Toivonen J, Luukkainen T. Randomized comparison of levonorgestrel- and copper-releasing intrauterine systems immediately after abortion, with 5 years' follow-up. *Contraception*, 2003, 68:31-4.
26. Stanwood NL, Grimes DA, Schulz KF. Insertion of an intrauterine contraceptive device after induced or spontaneous abortion: a review of the evidências. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:1168-73.
27. Suvisaari J, Lahteenmaki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*, 1996, 54:201-8.
28. Timonen H, Luukkainen T. Immediate postabortion insertion of the copper-T (TCu-200) with eighteen months follow-up. *Contraception*, 1974, 9:153-60.
29. Tuveng JM, Skjeldestad FE, Iversen T. Postabortal insertion of IUD. *Advances in Contraception*, 1986, 2:387-92.
30. Zhang PZ. Five years experience with the copper T 200 in Shanghai - 856 cases. *Contraception*, 1980, 22:561-71.
31. Barrington JW, Arunkalaivanan AS, Abdel-Fattah. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2003, 108:72-4.
32. Hurskainen R et al. Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet*, 2001, 357:273-7.
33. Istre O, Trolle B. Treatment of menorrhagia with the levonorgestrel intrauterine system versus endometrial resection. *Fertility & Sterility*, 2001, 76:304-9.
34. Lethaby AE, Cooke I, Rees M. Progesterone/progestogen releasing intrauterine systems versus either placebo or any other medication for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2000, CD002126.
35. Stewart A et al. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:74-86.
36. Fedele L et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertility & Sterility*, 2001, 75:485-8.
37. Vercellini P et al. A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility & Sterility*, 1999, 72:505-8.
38. Fedele L et al. Treatment of adenomyosis-associated menorrhagia with a levonorgestrel-releasing intrauterine device. *Fertility & Sterility*, 1997, 68:426-9.
39. Grigorieva V et al. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility & Sterility*, 2003, 79:1194-8.
40. Mercurio F et al. The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception*, 2003, 67:277-80.
41. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Treatment of primary and secondary dysmenorrhea with a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2001, 6:192-8.
42. Wildemeersch D, Schacht E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European Journal of Obstetrics, Gynecology & Reproductive Biology*, 2002, 102:74-9.
43. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Contraception and treatment in the perimenopause with a novel "frameless" intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: an extended pilot study. *Contraception*, 2002, 66:93-99.
44. Wildemeersch D, Schacht E, Wildemeersch P. Performance and acceptability of intrauterine release of levonorgestrel with a miniature delivery system for hormonal substitution therapy, contraception and treatment in peri and postmenopausal women. *Maturitas*, 2003, 44:237-45.

45. Larsson B, Wennergren M. Investigation of a copper-intrauterine device (DIU-Cu) for possible effect on frequency and healing of pelvic inflammatory disease. *Contraception*, 1977, 15:143-9.
46. Soderberg G, Lindgren S. Influence of an intrauterine device on the course of an acute salpingitis. *Contraception*, 1981, 24:137-43.
47. Teisala K. Removal of an intrauterine device and the treatment of acute pelvic inflammatory disease. *Annals of Medicine*, 1989, 21:63-5.
48. Faundes A et al. The risk of inadvertent intrauterine device insertion in women carriers of endocervical Chlamydia trachomatis. *Contraception*, 1998, 58:105-9.
49. Ferraz do Lago R et al. Follow-up of users of intrauterine device with and without bacterial vaginosis and other cervicovaginal infections. *Contraception*, 2003, 68:105-9.
50. Morrison CS et al. Use of sexually transmitted disease risk assessment algorithms for selection of intrauterine device candidates. *Contraception*, 1999, 59:97-106.
51. Pap-Akeson M et al. Genital tract infections associated with the intrauterine contraceptive device can be reduced by inserting the threads into the uterine cavity. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1992, 99:676-9.
52. Sinei SK et al. Preventing IUCD-related pelvic infection: the efficacy of prophylactic doxycycline at insertion. *British Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 1990, 97:412-9.
53. Skjeldestad FE et al. IUD users in Norway are at low risk for genital C. trachomatis infection. *Contraception*, 1996, 54:209-12.
54. Walsh TL et al. IUD Study Group. Effect of prophylactic antibiotics on morbidity associated with IUD insertion: results of a pilot randomized controlled trial. *Contraception*, 1994, 50:319-27.
55. European Study Group on Heterosexual Transmission of HIV. Comparison of female to male and male to female transmission of HIV in 563 stable couples. *BMJ*, 1992, 304:809-13.
56. Carael M et al. Human immunodeficiency virus transmission among heterosexual couples in Central Africa. *AIDS*, 1988, 2:201-5.
57. Kapiga SH et al. Risk factors for HIV infection among women in Dar-es-Salaam, Tanzania. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 1994, 7:301-9.
58. Kapiga SH et al. The incidence of HIV infection among women using family planning methods in Dar es Salaam, Tanzania. *AIDS*, 1998, 12:75-84.
59. Mann JM et al. HIV infection and associated risk factors in female prostitutes in Kinshasa, Zaire. *AIDS*, 1988, 2:249-54.
60. Martin HL, Jr. et al. Hormonal contraception, sexually transmitted diseases, and risk of heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1998, 178:1053-9.
61. Mati JK et al. Contraceptive use and the risk of HIV infection in Nairobi, Kenya. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1995, 48:61-7.
62. Nicolosi A et al. Italian Study Group on HIV Heterosexual Transmission. The efficiency of male-to-female and female-to-male sexual transmission of the human immunodeficiency virus: a study of 730 stable couples. *Epidemiology*, 1994, 5:570-5.
63. Plourde PJ et al. Human immunodeficiency virus type 1 infection in women attending a sexually transmitted diseases clinic in Kenya. *Journal of Infectious Diseases*, 1992, 166:86-92.
64. Sinei SK et al. Contraceptive use and HIV infection in Kenyan family planning clinic attenders. *International Journal of STD & AIDS*, 1996, 7:65-70.
65. Spence MR et al. Seroprevalence of human immunodeficiency virus type I (HIV-1) antibodies in a family-planning population. *Sexually Transmitted Diseases*, 1991, 18:143-5.
66. Morrison CS et al. Is the intrauterine device appropriate contraception for HIV-1-infected women? *BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2001, 108:784-90.
67. Sinei SK et al. Complications of use of intrauterine devices among HIV-1-infected women. *Lancet*, 1998, 351:1238-41.
68. Mostad SB et al. Hormonal contraception, vitamin A deficiency, and other risk factors for shedding of HIV-1 infected cells from the cervix and vagina. *Lancet*, 1997, 350:922-7.
69. Richardson BA et al. Effect of intrauterine device use on cervical shedding of HIV-1 DNA. *AIDS*, 1999, 13:2091-7.
70. Bounds W, Guillebaud J. Observational series on women using the contraceptive Mirena concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 2002, 28:78-80.

DIU COM COBRE PARA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

Este método é altamente eficaz para se evitar a gravidez. Pode-se utilizar um DIU que libera cobre (DIU-Cu) num prazo de 5 dias após uma relação desprotegida como anticoncepcional de emergência. Entretanto, quanto for possível estimar o momento da ovulação, o DIU-Cu poderá ser inserido além dos 5 dias após a relação sexual, se necessário, contanto que a inserção não ocorra além de 5 dias depois da ovulação.

Os critérios de elegibilidade para inserção do DIU-Cu no intervalo também se aplicam à inserção de DIU-Cu como contracepção de emergência.

DIU COM COBRE PARA ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA	DIU destinados a anticoncepção de emergência não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV, recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos, seja isoladamente ou em combinação com algum método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
GRAVIDEZ	4	Esclarecimento: O DIU não é indicado durante a gravidez não devendo ser utilizado por causa do risco de infecção pélvica grave e aborto séptico espontâneo.
ESTUPRO*		
a) Alto risco de IST	3	
b) Baixo risco de IST	1	

* Comentários adicionais

ESTUPRO

DIU não protegem contra IST/HIV/DIP. Entre mulheres com infecção por clamídia ou gonorréia, deve-se evitar o aumento potencial do risco de DIP advindo da inserção do DIU. A preocupação é menor no caso de outras IST.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTE REPRODUTIVO	1
GRAVIDEZ	1
IDADE	1
PARIDADE	1
PÓS-PARTO	1
PÓS-ABORTO	1
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	1
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA	1
TABAGISMO	Erro! Indicador não definido.
OBESIDADE	2
MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	2
DOENÇA CARDIOVASCULAR	2
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL	2
HIPERTENSÃO	3
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ	3
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)	4
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS	4
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL	4
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA	4
AVC	4
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	4
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR	5
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	5
EPILEPSIA	5
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	5
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	5
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTIVO	5
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL	5
ENDOMETRIOSE	5
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS	6
DISMENORRÉIA INTENSA	6
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	6
ECTRÓPIO CERVICAL	6
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	6
CÂNCER DE COLO UTERINO	6
DOENÇA MAMÁRIA	6
CÂNCER ENDOMETRIAL	6
CÂNCER OVARIANO	6
MIOMAS UTERINOS	6
ANORMALIDADES ANATÔMICAS	7
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)	7
IST	Erro! Indicador não definido.
HIV/AIDS	7
ALTO RISCO DE HIV	7
INFECTADA COM HIV	7
AIDS	7
OUTRAS INFECÇÕES	7
ESQUISTOSSOMOSE	7

TUBERCULOSE.....	8
MALÁRIA.....	8
ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO.....	8
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO.....	8
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS.....	8
DIABETES.....	8
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE.....	8
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS.....	9
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR.....	9
ANTECEDENTE DE COLESTASE.....	9
HEPATITE VIRAL.....	9
CIRROSE.....	9
TUMORES HEPÁTICOS.....	9
ANEMIAS.....	9
TALASSEMIA.....	9
ANEMIA FALCIFORME.....	9
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO.....	9
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS.....	10
DROGAS QUE AFETAM AS ENZIMAS HEPÁTICAS.....	10
ANTIBIÓTICOS.....	10
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL.....	10
ALERGIA AO LÁTEX.....	10
COMENTÁRIOS ADICIONAIS.....	11
REFERÊNCIA PARA MÉTODOS DE BARREIRA.....	12

MÉTODOS DE BARREIRA

P = Preservativo masculino de látex, preservativos masculinos de poliuretano, preservativos femininos

E = Espermicida (filme, tabletes, espuma, gel)

D = Diafragma (com espermicida), *capuz* cervical

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS				
GRAVIDEZ	NA	NA	NA	Esclarecimento: Nenhum destes métodos é relevante para a anticoncepção durante uma gravidez já conhecida. Entretanto, para mulheres que permaneçam com risco de IST/HIV durante a gravidez, recomenda-se o uso correto e consistente de preservativos.
IDADE				
a) Menarca a < 40 anos	1	1	1	
b) ≥ 40 anos	1	1	1	
PARIDADE				
a) Nulípara	1	1	1	
b) Múltipara	1	1	2	Esclarecimento: Há um risco mais elevado de falha no uso do <i>capuz</i> cervical em mulheres múltiparas do que em mulheres nulíparas.
PÓS-PARTO				
a) < 6 semanas pós-parto	1	1	NA	Esclarecimento: O diafragma e o <i>capuz</i> são inadequados até que involução uterina esteja concluída.
b) ≥ 6 semanas pós-parto	1	1	1	
PÓS-ABORTO				
a) Primeiro trimestre	1	1	1	Esclarecimento: O diafragma e o <i>capuz</i> são inadequados até 6 semanas após um aborto no segundo trimestre de gestação.
b) Segundo trimestre	1	1	1	
c) Após aborto séptico	1	1	1	
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	1	1	1	
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
TABAGISMO a) Idade < 35 b) Idade ≥ 35 (i) <15 cigarros/dia (ii) ≥15 cigarros/dia	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	1	1	1	
MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	NA	NA	NA	Esclarecimento: Embora seja adequado medir a pressão arterial visando um bom atendimento de saúde preventiva, isto não é necessário para o uso seguro e eficaz de um método de barreira. Não se deve negar às mulheres o uso de métodos de barreira simplesmente em função de que sua pressão arterial não possa ser medida.
DOENÇA CARDIOVASCULAR				
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tais como idade ≥ 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
HIPERTENSÃO				
a) Antecedente de hipertensão, em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	1	1	1	
b) Hipertensão adequadamente controlada, em que a pressão arterial PODE ser avaliada	1	1	1	
c) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)	1	1	1	
(i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	1	1	1	
(ii) sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100	1	1	1	
d) Doença vascular	1	1	1	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (em que a pressão arterial atual é medida e encontra-se normal)	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)*				
a) Antecedente de TVP/EP	1	1	1	
b) TVP/EP atual	1	1	1	
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau)	1	1	1	
d) Cirurgia de grande porte				
(i) com imobilização prolongada	1	1	1	
(ii) sem imobilização prolongada	1	1	1	
e) Cirurgia menor sem imobilização	1	1	1	
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	1	1	1	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados uma vez que estas alterações são raras e os testes têm um custo elevado.
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL				
a) Veias varicosas	1	1	1	
b) Tromboflebite superficial	1	1	1	
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	1	1	1	
AVC* (antecedente de acidente vascular cerebral)	1	1	1	
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS	1	1	1	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados uma vez que estas alterações são raras e os testes têm um custo elevado.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR *				
a) Não complicada	1	1	1	
b) Complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, antecedente de endocardite subaguda bacteriana)	1	1	2	
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS				
CEFALÉIA*				
a) Sem enxaqueca (leve ou intensa)	1	1	1	
b) Com enxaqueca				
(i) sem aura				
<i>Idade < 35</i>	1	1	1	
<i>Idade ≥ 35</i>	1	1	1	
(ii) com aura, em qualquer idade	1	1	1	
EPILEPSIA	1	1	1	
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS				
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	1	1	
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR				
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL (suspeita de condição grave)				
Antes da avaliação	1	1	1	Esclarecimento: Se houver suspeita de gravidez ou condição patológica subjacente (tal como câncer ginecológico), a mesma deve ser avaliada e a categoria ajustada após a avaliação.
ENDOMETRIOSE	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	1	1	1	
DISMENORRÉIA INTENSA	1	1	1	
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL				
a) Benigna	1	1	1	
b) Maligna	1	1	1	
ECTRÓPIO CERVICAL*	1	1	1	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	1	1	1	Esclarecimento: Não deve ser utilizado o capuz. Não há restrição quanto ao uso do diafragma.
CÂNCER DE COLO UTERINO* (à espera de tratamento)	1	2	1	Esclarecimento: Não deve ser utilizado o capuz. Não há restrição quanto ao uso do diafragma.
DOENÇA MAMÁRIA				
a) Massa não diagnosticada	1	1	1	
b) Doença mamária benigna	1	1	1	
c) Antecedente de câncer na família	1	1	1	
d) Câncer de mama				
(i) atual	1	1	1	
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	1	1	1	
CÂNCER ENDOMETRIAL	1	1	1	
CÂNCER OVARIANO	1	1	1	
MIOMAS UTERINOS				
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	
b) Com distorção da cavidade uterina	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
ANORMALIDADES ANATÔMICAS	1	1	NA	Esclarecimento: O diafragma não pode ser utilizado em alguns casos de prolapso. O uso de <i>capuz</i> não é adequado no caso de uma cliente com anatomia cervical marcadamente distorcida.
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*				
a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para IST)				
i) com gravidez subsequente	1	1	1	
(ii) sem gravidez subsequente	1	1	1	
b) DIP atual	1	1	1	
IST				
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	1	1	1	
b) Outras IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	
c) Vaginite (inclusive tricomoníase e vaginose bacteriana)	1	1	1	
d) Risco aumentado para IST	1	1	1	
HIV/AIDS				
ALTO RISCO DE HIV*	1	4	3	Evidências: O uso repetido e em doses elevadas do espermicida nonoxynol-9 foi associado ao aumento do risco de lesões genitais, as quais podem elevar o risco de infecção por HIV. ¹
INFECTADA COM HIV	1	4	3	
AIDS	1	4	3	
OUTRAS INFECÇÕES				
ESQUISTOSSOMOSE				
a) Não complicada	1	1	1	
b) Fibrose do fígado	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
TUBERCULOSE				
a) Não pélvica	1	1	1	
b) Pélvica conhecida	1	1	1	
MALÁRIA	1	1	1	
ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO*	1	1	3	
INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO*	1	1	2	
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS				
DIABETES				
a) Antecedente de doença gestacional	1	1	1	
b) Sem doença vascular				
(i) não insulino-dependente	1	1	1	
(ii) insulino-dependente	1	1	1	
c) Com nefropatia/ retinopatia/ neuropatia	1	1	1	
d) Com outra doença vascular ou diabetes com duração > 20 anos	1	1	1	
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE				
a) Bócio simples	1	1	1	
b) Hipertireoidismo	1	1	1	
c) Hipotireoidismo	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS				
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR				
a) Sintomática				
(i) tratada por colecistectomia	1	1	1	
(ii) tratada clinicamente	1	1	1	
(iii) atual	1	1	1	
b) Assintomática	1	1	1	
ANTECEDENTE DE COLESTASE				
a) Relacionada à gravidez	1	1	1	
b) Relacionada ao uso de AOC no passado	1	1	1	
HEPATITE VIRAL				
a) Ativa	1	1	1	
b) Portadora	1	1	1	
CIRROSE				
a) Compensada	1	1	1	
b) Descompensada	1	1	1	
TUMORES HEPÁTICOS				
a) Benigno (adenoma)	1	1	1	
b) Maligno (hepatoma)	1	1	1	
ANEMIAS				
TALASSEMIA	1	1	1	
ANEMIA FALCIFORME	1	1	1	
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO	1	1	1	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

MÉTODOS DE BARREIRA	Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou pós-parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, seja sozinho ou combinado com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.			
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos de barreira para prevenção da gravidez poderão não ser adequados para as que não possam utilizá-los de forma correta e consistente devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso, típico destes métodos.				
CONDIÇÃO	CATEGORIA			ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	P	E	D	
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS				
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS HEPÁTICAS				
a) Rifampicina	1	1	1	
b) Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	1	1	1	
ANTIBIÓTICOS (exceto Rifampicina)				
a) Griseofulvina	1	1	1	
b) Outros antibióticos	1	1	1	
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	1	1	1	
ALERGIA AO LÁTEX	3	1	3	Esclarecimento: Não se aplica a preservativos/diafragmas de plástico.

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

Comentários adicionais

OBESIDADE

A obesidade intensa poderá dificultar a colocação do diafragma e do capuz.

DOENÇA CARDÍACA VALVULAR

O risco de infecção no trato urinário pelo uso do diafragma poderá elevar o risco numa cliente portadora de endocardite bacteriana subaguda.

CÂNCER CERVICAL (aguardando tratamento)

O uso repetido e em doses elevadas de nonoxynol-9 pode provocar abrasões ou irritação vaginal e cervical.

ALTO RISCO DE HIV

Atribui-se a categoria 3 para uso de diafragma devido a preocupações quanto ao espermicida e não devido ao diafragma.

ANTECEDENTE DE SÍNDROME DE CHOQUE TÓXICO

A síndrome de choque tóxico foi relatada em associação com o uso de diafragma e esponja anticoncepcional.

INFECÇÃO NO TRATO URINÁRIO

Há um aumento potencial de infecção no trato urinário pelo uso de diafragmas e espermicidas.

Referência para Métodos de Barreira

1. Wilkinson D et al. Nonoxynol-9 for preventing vaginal acquisition of HIV infection by women from men. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2002, 4:CD003936.

MÉTODOS BASEADOS NA PERCEPÇÃO DA FERTILIDADE

Os métodos que envolvem a percepção da fertilidade (MBPF) no planejamento familiar supõem a identificação dos dias férteis do ciclo menstrual, seja observando os sinais de fertilidade tais como secreções cervicais e temperatura basal, seja pelo monitoramento dos dias do ciclo. Os MBPF podem ser utilizados em combinação com métodos de barreira durante o período fértil. Se forem utilizados métodos de barreira, consultar a seção sobre os mesmos (BARR).

Não existem situações clínicas que possam deteriorar-se em função do uso de MBPF. De modo geral, estes métodos podem ser disponibilizados sem que haja preocupação em relação a efeitos sobre a saúde das pessoas que por eles optem. Entretanto, há diversas condições que tornam sua utilização mais complexa. A existência destas condições sugere que (1) o uso destes métodos deve ser postergado até que a condição tenha sido corrigida ou resolvida ou (2) necessitarão de orientação especial devendo, em geral, haver um/a profissional bastante qualificado/a que assegure o uso correto.

Definições

SINT	Métodos baseados em sintomas	MBPF baseados na observação dos sinais de fertilidade (p.ex., secreções cervicais, temperatura basal) tais como o Método do Muco Cervical, o Método Sintotérmico e o Método dos Dois Dias.
CAL	Métodos baseados em calendário	MBPF baseados em cálculos do calendário tais com o Método Rítmico do Calendário e o Método dos Dias Fixos.
A	Aceitar	Não há razão médica para se negar um MBPF a uma mulher em tal circunstância.
C	Cuidado	O método é normalmente disponibilizado num ambiente rotineiro, mas dotado de preparos e precauções extras. No caso de MBPF, isto geralmente significa que poderá ser necessário dar orientação especial a fim de se garantir o uso correto do método por parte de uma mulher que se encontre nesta circunstância.
D	Demora	O uso deste método deve ser postergado até que a condição seja avaliada ou corrigida. Devem-se oferecer métodos temporários alternativos de anticoncepção.
NA	Não se aplica	

MÉTODOS BASEADOS NA PERCEPÇÃO DA FERTILIDADE	Os métodos baseados na percepção da fertilidade não protegem contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou no pós-parto), deve-se recomendar o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.		
Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser aconselhadas quanto ao fato de que os métodos baseados na percepção da fertilidade poderão não ser adequados para elas devido às taxas de insucesso relativamente altas de uso típico destes métodos.			
CONDIÇÃO	CATEGORIA		ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
	SINT	CAL	
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS			
GRAVIDEZ	NA		Comentários: Os MBPF não são relevantes durante a gravidez.
IDADE			
a) Pós-menarca	C	C	Esclarecimento: Irregularidades menstruais são comuns no período pós-menarca e peri-menopausa, podendo complicar o uso dos MBPF.
b) Peri-menopausa	C	C	
AMAMENTAÇÃO*			
a) < 6 semanas pós-parto	D	D	
b) ≥ 6 semanas	C	D	
c) Após menstruar	C	C	
PÓS-PARTO* (em mulheres que não amamentam)			
a) < 4 semanas	D	D	
b) ≥ 4 semanas	A	D	
PÓS-ABORTO*	C	D	
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTIVO			
SANGRAMENTO VAGINAL IRREGULAR*	D	D	
CORRIMENTO VAGINAL*	D	A	
OUTROS			
USO DE MEDICAMENTOS QUE AFETAM A REGULARIDADE DO CICLO, OS HORMÔNIOS E/OU OS SINAIS DE FERTILIDADE*	C/D	C/D	
DOENÇAS QUE ELEVAM A TEMPERATURA CORPORAL*			
a) Doenças crônicas	C	A	
b) Doenças agudas	D	A	

* Ver também os comentários adicionais no final da tabela

Comentários adicionais

Amamentação

Os MBPF durante a amamentação poderão ser menos eficazes do que quando a mulher não esteja amamentando.

< 6 semanas após o parto: É pouco provável que mulheres que estejam primariamente amamentando e sejam amenorréicas tenham função ovariana suficiente para produzir mudanças hormonais e sinais de fertilidade detectáveis durante os primeiros 6 meses depois do parto. Entretanto, a probabilidade de recuperação da fertilidade aumenta com o tempo após o parto e a com a substituição do leite materno por outros alimentos.

Depois do início do ciclo menstrual: Quando a mulher percebe sinais de fertilidade (particularmente, as secreções cervicais), ela pode utilizar um método baseado nos sintomas. Depois dela ter tido 3 ciclos menstruais após o parto, ela poderá utilizar um método baseado em calendário. Antes deste período, deve-se oferecer um método de barreira caso a mulher planeje utilizar um MBPF posteriormente.

PÓS-PARTO

< 4 semanas: É improvável que mulheres que não amamentem apresentem função ovariana suficiente e requeiram um MBPF antes de 4 semanas após o parto. Embora o risco de gravidez seja baixo, deverá ser oferecido um método apropriado para o período pós-parto.

≥ 4 semanas: É provável que mulheres que não amamentem apresentem função ovariana suficiente para produzir mudanças hormonais e/ou sinais de fertilidade detectáveis neste período; a probabilidade aumenta rapidamente com o tempo após o parto. As mulheres podem utilizar métodos baseados no calendário assim que tenham completado 3 ciclos menstruais após o parto. Devem ser oferecidos métodos apropriados para o período pós-parto antes daquele período.

PÓS-ABORTO

É provável que mulheres que sofreram aborto tenham função ovariana suficiente para produzir mudanças hormonais e/ou sinais de fertilidade detectáveis; a probabilidade aumenta com o passar do tempo após o aborto. As mulheres podem começar a utilizar os métodos baseados em calendário depois que tenham tido pelo menos um ciclo menstrual depois do aborto (p.ex. mulheres que antes desta gravidez tinham a maioria dos ciclos entre 26 e 32 dias podem então utilizar o Método de Dias Fixos). Devem ser disponibilizados métodos apropriados para o período pós-aborto antes daquele período.

SANGRAMENTO VAGINAL IRREGULAR

A presença desta condição torna os MBPF não confiáveis. Portanto, os métodos de barreira devem ser recomendados até que o padrão de sangramento seja compatível com o uso apropriado do método. A condição deve ser avaliada e tratada, conforme a necessidade.

CORRIMENTO VAGINAL

Devido ao fato do corrimento vaginal dificultar o reconhecimento das secreções cervicais, a condição deve ser avaliada e tratada, se necessário, antes de se disponibilizar métodos baseados nas secreções cervicais.

USO DE MEDICAMENTOS QUE AFETAM A REGULARIDADE DO CICLO, OS HORMÔNIOS E/OU OS SINAIS DE FERTILIDADE

O uso de alguns medicamentos que provocam alteração do humor tais como lítio, antidepressivos tricíclicos e terapias de controle da ansiedade, bem como alguns antibióticos e medicamentos anti-inflamatórios, poderão alterar a regularidade do ciclo ou afetar os sinais de fertilidade. A condição deve ser cuidadosamente avaliada devendo-se oferecer um método de barreira até que se determine o grau do efeito ou que o medicamento não esteja mais sendo utilizado.

DOENÇAS QUE ELEVAM A TEMPERATURA CORPORAL

Níveis de temperatura elevados podem dificultar a interpretação da temperatura basal, mas não há efeito sobre as secreções cervicais. Deste modo, o uso de um método que dependa da temperatura deve ser postergado até que a doença aguda seja debelada. Os métodos baseados na temperatura não são adequados para mulheres com temperaturas cronicamente elevadas. Além disso, algumas doenças crônicas interferem na regularidade do ciclo, dificultando a interpretação dos métodos baseados em calendário.

MÉTODO DA AMENORRÉIA DA LACTAÇÃO

O método da amenorréia da lactação não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou no pós-parto), deve-se recomendar o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV. Mulheres com condições que tornem a gravidez um risco inaceitável devem ser orientadas quanto ao fato de que o método da amenorréia da lactação poderá não ser adequado para elas devido às taxas de insucesso destes métodos serem relativamente altas em uso típico.

O Consenso de Bellagio forneceu as bases científicas para a definição das condições sob as quais a amamentação pode ser utilizada com segurança e eficácia para fins de espaçamento de nascimentos, e foram elaboradas diretrizes programáticas para o uso de amenorréia da lactação no planejamento familiar. Tais diretrizes abrangem três critérios, devendo todos eles ser atendidos a fim de assegurar proteção adequada quanto a uma gravidez não planejada: **1) Amenorréia; 2) Amamentação completa ou quase completa; e 3) Menos de seis meses após o parto.**

As principais indicações para amamentação permanecem sendo a necessidade de proporcionar um alimento ideal para o bebê e de protegê-lo de doenças. Não existem condições médicas nas quais haja restrição ao uso de amenorréia da lactação e não há evidências documentadas do seu impacto negativo sobre a saúde materna. Entretanto, algumas condições ou obstáculos que afetam a amamentação também poderão afetar a duração da amenorréia, tornando-a uma escolha menos útil para fins de planejamento familiar. Dentre elas estão:

Infecção pelo HIV

A amamentação deve ser promovida, protegida e apoiada em todas as populações, para todas as mulheres que sejam HIV negativas ou de situação sorológica desconhecida para o HIV. Quando a alimentação substituta for aceitável, viável, factível financeiramente, sustentável e segura, recomenda-se evitar toda e qualquer amamentação por parte de mães infectadas com o HIV. Caso contrário, recomenda-se a amamentação exclusiva durante os primeiros meses de vida, devendo então ser interrompida tão logo seja possível. Mulheres que são soropositivas devem receber orientação abrangendo informações sobre os riscos e benefícios de diversas opções de alimentação do bebê baseadas em avaliações locais, orientação para escolha da opção mais adequada à sua situação, devendo ser apoiadas na sua escolha. Devem também ter acesso ao atendimento e apoio no acompanhamento, inclusive apoio nutricional e planejamento familiar.

Medicação utilizada durante a amamentação

A fim de proteger a saúde do bebê, não se recomenda a amamentação a mulheres que estejam utilizando medicamentos tais como: anti-metabólicos, bromocriptina, alguns anticoagulantes, corticosteróides (em doses elevadas), ciclosporina, ergotamina, lítio, drogas que alteram o humor, drogas radioativas e reserpina.

Condições que afetam o recém-nascido

Deformidades congênitas da boca, mandíbula ou palato; recém-nascidos pequenos para a idade gestacional ou prematuros e que necessitam de cuidado neonatal intensivo; e algumas alterações metabólicas do bebê são fatores que podem dificultar a amamentação.

COITO INTERROMPIDO

A prática do Coito Interrompido não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante a gravidez ou após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou juntamente com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.

Mulheres portadoras de condições que tornam a gravidez um risco inaceitável devem ser alertadas de que o coito interrompido poderá não ser adequado devido às taxas relativamente altas de insucesso nas situações de uso típico.

O coito interrompido (CI), também conhecido como “retirada”, é um método de planejamento familiar tradicional no qual o homem remove completamente seu pênis da vagina, afastando-a da genitália externa da parceira, antes de ejacular. O CI evita que o esperma entre na vagina da mulher, impedindo assim o contato entre os espermatozóides e o óvulo.

Este método poderá ser adequado para casais que:

- estão fortemente motivados e estejam em condições de utilizar o método de modo efetivo;
- têm motivos religiosos ou filosóficos que não os permitam utilizar outros métodos anticoncepcionais;
- necessitem de um método anticoncepcional imediatamente e tenham iniciado um ato sexual sem que tenham métodos alternativos à disposição;
- necessitem de um método provisório enquanto aguardam o início de outro método;
- tenham relações sexuais ocasionalmente.

Alguns benefícios do CI estão no fato de que o método, caso seja utilizado corretamente, não afeta a amamentação e está sempre disponível para uso primário ou como método de reserva. Além disso, o CI não envolve nenhum custo econômico ou uso de substâncias químicas. Não há riscos à saúde diretamente vinculados ao CI. Homens e mulheres que apresentem alto risco de infecção por IST/HIV devem utilizar preservativo em todas as relações sexuais.

O CI não tolera o uso incorreto e sua eficácia depende da disposição e da habilidade do casal em realizar a retirada em todas as relações sexuais.

A. ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	2
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS	2
GRAVIDEZ	2
IDADE JOVEM*	2
PARIDADE*	2
AMAMENTAÇÃO	3
PÓS-PARTO*	3
PÓS-ABORTO*	4
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	4
TABAGISMO	4
OBESIDADE	4
DOENÇA CARDIOVASCULAR	4
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL *	4
HIPERTENSÃO	5
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ	5
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)	5
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS	6
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL	6
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA*	6
AVC	6
HIPERLIPIDEMIA CONHECIDA	6
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR	6
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	7
CEFALÉIA	7
EPILEPSIA	7
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	7
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	7
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR	7
PADRÕES DE SAGRAMENTO VAGINAL	7
SAGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL	7
ENDOMETRIOSE	7
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS	7
DISMENORRÉIA INTENSA	7
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL	8
ECTRÓPIO CERVICAL	8
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	8
CÂNCER DE COLO UTERINO*	8
DOENÇA MAMÁRIA	8
CÂNCER ENDOMETRIAL*	8
CÂNCER OVARIANO*	8
MIOMAS UTERINOS*	8
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)*	9
IST*	9
HIV/AIDS	9
ALTO RISCO DE HIV	9
INFECTADA COM HIV	9
AIDS	9
OUTRAS INFECÇÕES	9
ESQUISTOSSOMOSE	9
TUBERCULOSE	10
MALÁRIA	10

ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS	10
DIABETES*	10
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE*	10
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS	10
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR.....	10
ANTECEDENTE DE COLESTASE.....	11
HEPATITE VIRAL*.....	11
CIRROSE	11
TUMORES DO FÍGADO	11
ANEMIAS	11
TALASSEMIA	11
ANEMIA FALCIFORME*	11
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO	11
OUTRAS CONDIÇÕES RELEVANTES EXCLUSIVAMENTE NA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA	
FEMININA	11
INFECÇÃO LOCAL.....	11
ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO*	11
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS*	12
INFECÇÃO SISTÊMICA OU GASTROENTERITE*	12
ÚTERO FIXO DEVIDO A CIRURGIA OU INFECÇÃO ANTERIOR*	12
HÉRNIA UMBILICAL OU DA PAREDE ABDOMINAL	12
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA*	12
DOENÇA RENAL*	12
DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS GRAVES *	12
CIRURGIA ABDOMINAL OU PÉLVICA ANTERIOR	12
ESTERILIZAÇÃO CONCOMITANTE COM CIRURGIA ABDOMINAL.....	12
ESTERILIZAÇÃO CONCOMITANTE COM CESARIANA*.....	12
B. VASECTOMIA	13
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS	13
IDADE JOVEM.....	13
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	13
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS.....	13
HIV/AIDS	13
ALTO RISCO DE HIV	13
INFECTADO COM HIV	13
AIDS	13
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS	13
DIABETES*	13
ANEMIAS	13
ANEMIA FALCIFORME	13
OUTRAS CONDIÇÕES RELEVANTES EXCLUSIVAMENTE EM VASECTOMIA	13
INFECÇÕES LOCAIS*	13
ALTERAÇÕES DE COAGULAÇÃO*	13
LESÃO ESCROTAL ANTERIOR	13
INFECÇÃO SISTÊMICA OU GASTROENTERITE*	14
VARICOCELE GRANDE*	14
HIDROCELE GRANDE*	14
FILARÍASE; ELEFANTÍASE*	14
MASSA INTRAESCROTAL*	14
CRIPTORQUIDIA	14
HÉRNIA INGUINAL*	14
COMENTÁRIOS ADICIONAIS	15
REFERÊNCIAS PARA A ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA	17

ANTICONCEPÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA

Considerando que a esterilização é um procedimento cirúrgico que se pretende permanente, deve-se tomar cuidado especial para assegurar que todo e toda cliente faça uma escolha informada e voluntária quanto ao método. Deve-se dar atenção particular no caso de pessoas jovens, mulheres nulíparas, homens que ainda não foram pais e clientes com problemas mentais, entre eles desordens depressivas. Todas e todos os clientes devem ser cuidadosamente orientados em relação à permanência da esterilização e à disponibilidade de métodos alternativos de longo prazo e de eficácia elevada. Trata-se de uma preocupação maior no caso de pessoas jovens. A legislação nacional e as normas existentes relativas à prática dos procedimentos de esterilização devem ser consideradas no processo de decisão.

Os métodos transcervicais de esterilização feminina não serão abordados nestas recomendações.

Não há condição clínica que possa restringir absolutamente a possibilidade de realizar a esterilização, embora algumas condições e circunstâncias exijam que sejam tomadas certas precauções, dentre elas as que apresentam as recomendações C (Cuidado), D (Demora) ou E (Especial). Para algumas destas condições e circunstâncias, os riscos teóricos ou comprovados podem superar as vantagens de se submeter à esterilização, particularmente no caso das mulheres. Nos casos em que os riscos da esterilização forem superiores aos benefícios, os métodos anticoncepcionais de longo prazo e alta eficácia constituem uma alternativa preferível. As decisões a este respeito deverão ser tomadas com base em cada caso individual, considerando-se os riscos e benefícios da esterilização em contraposição aos riscos de gravidez e a disponibilidade e aceitabilidade dos métodos alternativos e eficazes.

A classificação, descrita a seguir, das condições nas quatro categorias distintas baseia-se na revisão profunda das evidências epidemiológicas e clínicas relevantes para a escolha e indicação por parte do/a profissional médico. Os procedimentos de esterilização só devem ser realizados por prestadores de serviço bem treinados em ambientes clínicos adequados e utilizando-se equipamentos e suprimentos adequados. Deve-se seguir as diretrizes de prestação de serviço apropriadas, inclusive protocolos de prevenção de infecções, a fim de maximizar a segurança do ou da cliente.

DEFINIÇÕES

- | | | |
|----------|-----------------|--|
| A | Aceitar | Não há razão médica para negar a esterilização a uma pessoa com esta condição. |
| C | Cuidado | O procedimento é normalmente executado num ambiente de rotina, mas com preparação e precauções extras. |
| D | Demora | O procedimento é postergado até que a condição seja avaliada e/ou corrigida. Devem ser fornecidos métodos anticoncepcionais alternativos e provisórios. |
| E | Especial | O procedimento deve ser realizado em ambiente com cirurgião e equipe experientes, com os equipamentos necessários para aplicar anestesia geral e outros recursos médicos de apoio. Nestas condições, a capacidade de decisão quanto ao procedimento e tipo de anestesia mais apropriados também se torna necessária. Devem ser fornecidos métodos anticoncepcionais alternativos e provisórios, caso seja necessário encaminhar ou adiar o procedimento. |

A. Esterilização cirúrgica feminina

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS		
GRAVIDEZ	D	
IDADE JOVEM*	C	Esclarecimento: Mulheres jovens, assim como todas as mulheres, devem ser aconselhadas quanto à permanência da esterilização e a disponibilidade de métodos alternativos, de alta eficácia e longo prazo. Evidências: Os estudos mostram que até 20% das mulheres esterilizadas quando jovens se arrependem mais tarde de sua decisão, e que a juventude é um dos fatores mais fortes na previsão deste arrependimento (inclusive a solicitação de informações e de obtenção da reversão) que pode ser identificada antes da esterilização. ¹⁻¹⁹
PARIDADE*		
a) Nulípara	A	
b) Multípara	A	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
AMAMENTAÇÃO	A	
PÓS-PARTO*		
a) < 7 dias	A	
7 a < 42 dias	D	
≥ 42 dias	A	
b) Pré-eclâmpsia/ eclâmpsia		
(i) pré-eclâmpsia leve	A	
(ii) pré-eclâmpsia grave/ eclâmpsia	D	
c) Ruptura prolongada das membranas: 24 horas ou mais	D	
d) Infecção puerperal, febre intraparto ou puerperal	D	
e) Hemorragia ante ou pós-parto intensa	D	
f) Trauma intenso no trato genital: laceração cervical ou vaginal momento do parto	D	
g) Ruptura ou perfuração uterina	E	Esclarecimento: Se for realizada cirurgia ou laparoscopia exploratória e a paciente estiver estável, a reparação do problema e esterilização tubária poderão ser executadas conjuntamente caso não haja qualquer risco adicional.

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
PÓS-ABORTO* a) Não complicado b) Aborto séptico ou febre pós-aborto c) Hemorragia intensa pós-aborto d) Trauma intenso no trato genital: laceração cervical ou vaginal no momento do aborto e) Perfuração uterina f) Hematometria aguda	A D D D E D	Esclarecimento: Se for realizada cirurgia ou laparoscopia exploratória e a paciente estiver estável, a reparação do problema e esterilização tubária poderão ser executadas conjuntamente caso não haja qualquer risco adicional.
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	A	
TABAGISMO a) Idade < 35 anos b) Idade ≥ 35 anos (i) <15 cigarros/dia (ii) ≥15 cigarros/dia	A A A A	
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	C	Esclarecimento: O procedimento poderá apresentar dificuldades. Há aumento de risco de laceração ou infecção da ferida. Mulheres obesas podem apresentar limitação da função respiratória e maior probabilidade de necessitar de anestesia geral. Evidências: Mulheres que foram obesas apresentaram maior probabilidade de ter complicações quando submetidas a esterilização. ²⁰⁻²³
DOENÇA CARDIOVASCULAR		
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL * (tais como idade ≥35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)	E	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
HIPERTENSÃO		
Para todas as categorias de hipertensão, as classificações baseiam-se no pressuposto de que não haja nenhum outro fator de risco de doença cardiovascular. Quando houver múltiplos fatores de risco, poderá aumentar substancialmente o risco de doença cardiovascular. Uma única medição da pressão arterial não é suficiente para classificar uma mulher como hipertensa.		
a) Hipertensão adequadamente controlada	C	Esclarecimento: Pressão arterial elevada deve ser controlada antes da cirurgia. Há aumento dos riscos relacionados à anestesia e um aumento do risco de arritmia cardíaca no caso de hipertensão não controlada. O monitoramento cuidadoso da pressão arterial durante a cirurgia torna-se particularmente necessário nesta situação.
b) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)		
(i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	C	
(ii) sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100	E	
c) Doença vascular	E	
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (quando a pressão arterial atual pode ser medida e encontra-se normal)	A	
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)		Esclarecimento: Para reduzir o risco de TVP/EP, recomenda-se deambulação precoce.
a) Antecedente de TVP/EP	A	
b) TVP/EP atual	D	
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau)	A	
d) Cirurgia de grande porte		
(i) com imobilização prolongada	D	
(ii) sem imobilização prolongada	A	
e) Cirurgia menor, sem imobilização	A	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	A	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados uma vez que estas alterações são raras, e os testes têm custo elevado.
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL a) Veias varicosas b) Tromboflebite superficial	A A	
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA* a) Presença de doença cardíaca isquêmica b) Antecedente de doença cardíaca isquêmica	D C	
AVC (antecedente de acidente vascular cerebral)	C	
HIPERLIPIDEMIA CONHECIDA	A	Esclarecimento: Exames de rotina não são adequados uma vez que estas alterações são raras, e os testes têm custo elevado.
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR a) Não complicada b) Complicada (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial, antecedente de endocardite bacteriana subaguda)	C E	Esclarecimento: A mulher necessita antibióticos profiláticos. Esclarecimento: A mulher apresenta alto risco de complicações associadas à anestesia e à cirurgia. Caso tenha fibrilação atrial que não tenha sido tratada com sucesso ou endocardite bacteriana subaguda, o procedimento deve ser postergado.

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS		
CEFALÉIA		
a) Sem enxaqueca (leve ou intensa)	A	
b) Com enxaqueca		
(i) sem aura		
Idade < 35	A	
Idade ≥ 35	A	
(ii) com aura (em qualquer idade)	A	
EPILEPSIA	C	
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS		
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	C	
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR		
PADRÕES DE SAGRAMENTO VAGINAL		
a) Padrão irregular <i>sem</i> sangramento intenso	A	
b) Sangramento intenso ou prolongado (padrões tanto regulares quanto irregulares)	A	
SAGRAMENTO VAGINAL INEXPLICÁVEL (suspeita de condição grave)		
Antes da avaliação	D	Esclarecimento: A condição deve ser avaliada antes do procedimento ser realizado.
ENDOMETRIOSE	E	
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	A	
DISMENORRÉIA INTENSA	A	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL		
a) Benigna	A	
b) Maligna	D	
ECTRÓPIO CERVICAL	A	
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	A	
CÂNCER DE COLO UTERINO* (aguardando tratamento)	D	
DOENÇA MAMÁRIA		
a) Massa não diagnosticada	A	
b) Doença mamária benigna	A	
c) Antecedente familiar de câncer	A	
d) Câncer de mama		
(i) atual	C	
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	A	
CÂNCER ENDOMETRIAL*	D	
CÂNCER OVARIANO*	D	
MIOMAS UTERINOS*		
a) Sem distorção da cavidade uterina	C	
b) Com distorção da cavidade uterina	C	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)* a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para IST) (i) com gravidez subsequente (ii) sem gravidez subsequente b) DIP – atual	A C D	Esclarecimento: um exame pélvico cuidadoso deve ser realizado para afastar infecção recorrente ou persistente e para determinar a mobilidade uterina.
IST* a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia b) Outras IST (exceto HIV e hepatite) c) Vaginite (inclusive tricomoníase e vaginose bacteriana) d) Risco aumentado para IST	D A A A	Esclarecimento: Se não persistirem sintomas após o tratamento, a esterilização poderá ser realizada.
HIV/AIDS		
ALTO RISCO DE HIV	A	Esclarecimento: Não há necessidade de exames de rotina. Devem-se observar cuidadosamente os procedimentos adequados de prevenção de infecções, inclusive precauções universais, em todos os procedimentos cirúrgicos. Recomenda-se o uso de preservativos após a esterilização.
INFECTADA COM HIV	A	
AIDS	E	Esclarecimento: A presença de aids poderá exigir que o procedimento seja postergado.
OUTRAS INFECÇÕES		
ESQUISTOSSOMOSE a) Não complicada b) Fibrose hepática	A C	Esclarecimento: A função hepática precisará ser avaliada.

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
TUBERCULOSE		
a) Não pélvica	A	
b) Pélvica conhecida	E	
MALÁRIA	A	
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS		
DIABETES*		
a) Antecedente de doença gestacional	A	Esclarecimento: Caso a glicose sanguínea não seja bem controlada, recomenda-se o encaminhamento a um serviço especializado.
b) Sem doença vascular:		Esclarecimento: Há uma possível diminuição na cura e aumento do risco de infecção de ferida. Recomenda-se o uso de antibiótico profilático. Evidências: Mulheres diabéticas apresentaram maior probabilidade de complicações quando submetidas a esterilização. ²²
(i) não insulino dependente	C	
(ii) insulino-dependente	C	
c) Com nefropatia/ retinopatia/neuropatia	E	
d) Com outra doença vascular ou diabetes com duração > 20 anos	E	
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE*		
a) Bócio simples	A	
b) Hipertireoidismo	E	
c) Hipotireoidismo	C	
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS		
DOENÇA DA VESÍCULA BILIAR		
a) Sintomática		
(i) tratada por colecistectomia	A	
(ii) tratada clinicamente	A	
(iii) atual	D	
b) Assintomática	A	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
ANTECEDENTE DE COLESTASE a) Relacionada à gravidez b) Relacionada ao uso de AOC no passado	A A	
HEPATITE VIRAL* a) Ativa b) Portadora	D A	Esclarecimento: Procedimentos apropriados para a prevenção de infecções, inclusive precauções universais, devem ser cuidadosamente observados em todos os procedimentos cirúrgicos.
CIRROSE a) Compensada b) Descompensada	C E	Esclarecimento: A função hepática e a coagulação poderão estar alteradas. A função hepática deverá ser avaliada.
TUMORES DO FÍGADO a) Benigno (adenoma) b) Maligno (hepatoma)	C C	Esclarecimento: A função hepática e a coagulação poderão estar alteradas. A função hepática deverá ser avaliada.
ANEMIAS		
TALASSEMIA	C	
ANEMIA FALCIFORME*	C	
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO a) Hb < 7g/dl b) Hb ≥ 7 a < 10g/dl	D C	Esclarecimento: A doença subjacente deverá ser identificada. Tanto o nível de Hb pré-operatório quanto a perda de sangue durante a operação são fatores importantes em mulheres com anemia. Se a perfusão periférica é deficiente, a cicatrização da ferida será mais lenta.
OUTRAS CONDIÇÕES RELEVANTES EXCLUSIVAMENTE NA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA		
INFECÇÃO LOCAL Infecção da pele abdominal	D	Esclarecimento: Há aumento no risco de infecção pós-operatória.
ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO*	E	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA FEMININA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV (inclusive durante o período após o parto), recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
DOENÇAS RESPIRATÓRIAS*		
a) Aguda (bronquite, pneumonia)	D	Esclarecimento: O procedimento deve ser postergado até que a condição tenha sido corrigida. Há aumentos dos riscos relacionados com a anestesia e outros perioperatórios.
b) Crônica		
(i) asma	E	
(ii) bronquite	E	
(iii) enfisema	E	
(iv) infecção pulmonar	E	
INFECÇÃO SISTÊMICA OU GASTROENTERITE*	D	
ÚTERO FIXO DEVIDO A CIRURGIA OU INFECÇÃO ANTERIOR*	E	
HÉRNIA UMBILICAL OU DA PAREDE ABDOMINAL	E	Esclarecimento: O reparo da hérnia e a esterilização tubária devem ser realizados simultaneamente, se possível.
HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA*	C	
DOENÇA RENAL*	C	
DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS GRAVES *	C	
CIRURGIA ABDOMINAL OU PÉLVICA ANTERIOR	C	Evidências: Mulheres que passaram por cirurgia abdominal ou pélvica anterior tem mais probabilidade de ter complicações quando submetidas à esterilização. ^{21, 22, 24-26}
ESTERILIZAÇÃO CONCOMITANTE COM CIRURGIA ABDOMINAL		
a) Eletiva	C	
b) De emergência (sem aconselhamento prévio)	D	
c) Condição infecciosa	D	
ESTERILIZAÇÃO CONCOMITANTE COM CESARIANA*	A	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

B. VASECTOMIA

VASECTOMIA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV, recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS		
IDADE JOVEM	C	Esclarecimento: Homens jovens, como quaisquer homens, devem ser aconselhados quanto à permanência da esterilização e a disponibilidade de métodos alternativos, de longa duração e eficácia elevada. Evidências: Homens que se submeteram a vasectomia na juventude apresentaram maior probabilidade de ter o procedimento revertido do que os que se submeteram a vasectomia com mais idade. ¹⁸
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS		
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	C	
HIV/AIDS		
ALTO RISCO DE HIV INFECTADO COM HIV	A A	Esclarecimento: Não há necessidade de exames de rotina. Devem-se observar cuidadosamente os procedimentos adequados de prevenção de infecções, inclusive precauções universais, em todos os procedimentos cirúrgicos. Recomenda-se o uso de preservativos após a esterilização.
AIDS	E	Esclarecimento: A presença de aids poderá exigir que o procedimento seja postergado.
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS		
DIABETES*	C	
ANEMIAS		
ANEMIA FALCIFORME	A	
OUTRAS CONDIÇÕES RELEVANTES EXCLUSIVAMENTE EM VASECTOMIA		
INFECÇÕES LOCAIS*		
a) infecção da pele do escroto	D	
b) IST ativa	D	
c) balanite	D	
d) epididimite ou orquite	D	
ALTERAÇÕES DE COAGULAÇÃO*	E	
LESÃO ESCROTAL ANTERIOR	C	

* Ver também comentários adicionais no final da tabela

VASECTOMIA	A esterilização não protege contra IST/HIV. Se houver risco de IST/HIV, recomenda-se o uso correto e consistente de preservativo, sozinho ou em combinação com outro método anticoncepcional. Está comprovado que os preservativos masculinos de látex protegem contra IST/HIV.	
CONDIÇÃO	CATEGORIA	ESCLARECIMENTOS/EVIDÊNCIAS
INFECÇÃO SISTÊMICA OU GASTROENTERITE*	D	
VARICOCELE GRANDE*	C	
HIDROCELE GRANDE*	C	
FILARÍASE; ELEFANTÍASE*	D	
MASSA INTRAESCROTAL *	D	
CRIPTORQUIDIA	C	Esclarecimento: Se a criptorquidia for bilateral e tiver sido demonstrada a fertilidade, isto exigirá cirurgia extensiva para localizar o ducto, tornando-se categoria E. Se a criptorquidia for unilateral e tiver sido demonstrada a fertilidade, a vasectomia poderá ser realizada no lado normal sendo feita a análise do sêmen, seguindo-se a rotina. Se o homem continuar a apresentar presença persistente de esperma, poderá ser necessário efetuar cirurgia mais extensiva para localizar o outro ducto, tornando-se categoria E.
HÉRNIA INGUINAL*	E	

* Ver também os comentários adicionais ao final da tabela

Comentários adicionais

A. Esterilização cirúrgica feminina

PARIDADE

Nulípara: Mulheres nulíparas, como quaisquer mulheres, devem ser aconselhadas quanto à permanência da esterilização e quanto à disponibilidade de métodos alternativos, de longa duração e elevada eficácia.

PÓS-PARTO

< 7 dias após o parto: A esterilização pode ser realizada com segurança imediatamente após o parto.

7 a < 42 dias: Há um aumento do risco de complicações quando o útero não estiver totalmente involuído.

Pré-eclâmpsia/eclâmpsia: Há aumento nos riscos relacionados à anestesia.

Ruptura prolongada das membranas, 24 horas ou mais: Há aumento no risco de infecção pós-operatória.

Infecção puerperal, intraparto ou febre puerperal: Há aumento do risco de infecção pós-operatória.

Hemorragia grave antes ou após o parto: A mulher poderá estar anêmica e sem condições de suportar mais perda de sangue.

Trauma intenso do trato genital: laceração cervical ou vaginal no momento do parto: Poderá ter ocorrido perda de sangue significativa e anemia. O procedimento poderá ser mais doloroso.

Ruptura ou perfuração uterina: Poderá ter ocorrido perda de sangue significativa ou lesões do conteúdo abdominal.

PÓS-ABORTO

Febre ou infecção pós-aborto: Há aumento do risco de infecção pós-operatória.

Hemorragia grave pós-aborto: A mulher poderá estar anêmica e sem condições de tolerar mais perda de sangue.

Trauma intenso do trato genital: laceração cervical ou vaginal no momento do parto: Poderá ter ocorrido perda de sangue significativa e anemia. O procedimento poderá ser mais doloroso.

Perfuração uterina: Poderá ter ocorrido perda de sangue significativa ou lesões do conteúdo abdominal.

Hematometria aguda: A mulher poderá estar anêmica e sem condições de tolerar mais perda de sangue.

MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL

Quando ocorrer a presença simultânea de múltiplos fatores de risco, a mulher poderá correr risco elevado de complicações associadas à anestesia e cirurgia.

DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA

A mulher poderá estar sob risco elevado de complicações associadas à anestesia e cirurgia.

CÂNCER DE COLO UTERINO (aguardando tratamento)

Geralmente o tratamento torna a mulher estéril.

CÂNCER ENDOMETRIAL

Geralmente o tratamento torna a mulher estéril.

CÂNCER OVARIANO

Geralmente o tratamento torna a mulher estéril.

MIOMAS UTERINOS

Dependendo do tamanho e da localização dos miomas, poderá ser difícil localizar as trompas e mobilizar o útero.

DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

DIP poderá conduzir a um aumento do risco de aderências ou infecção pós-esterilização.

IST

Há um aumento no risco de infecção pós-operatória.

DIABETES

Há risco de hipoglicemia ou cetoacidose.

ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE

A mulher terá risco elevado de complicações associadas à anestesia e cirurgia.

HEPATITE VIRAL

A mulher terá risco elevado de complicações associadas à anestesia e cirurgia.

ANEMIA FALCIFORME

Há aumento do risco de complicações pulmonares, cardíacas ou neurológicas e possível aumento do risco de infecção da ferida operatória.

ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO

Mulheres portadoras de alterações da coagulação apresentam aumento no risco de complicações hematológicas advindas de cirurgia.

DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

No caso de laparoscopia, a mulher poderá apresentar complicações cardiorespiratórias agudas induzidas por pneumoperitônio ou pela posição de Trendelenburg.

INFECÇÃO SISTÊMICA OU GASTROENTERITE

Há aumento nos riscos de infecção pós-operatória, complicações provocadas pela desidratação e relacionadas com a anestesia.

ÚTERO FIXO DEVIDO A INFECÇÃO OU CIRURGIA ANTERIOR

Redução da mobilidade do útero, das trompas e intestino poderão dificultar a laparoscopia e minilaparotomia aumentando o risco de complicações.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA

No caso de laparoscopia, a mulher poderá apresentar complicações cardiorespiratórias agudas induzidas por pneumoperitônio ou pela posição de Trendelenburg.

DOENÇA RENAL

A coagulação sanguínea poderá estar prejudicada. Poderá haver um aumento do risco de infecção e choque hipovolêmico. A condição poderá provocar uma anemia de base, distúrbios eletrolíticos e anormalidades no metabolismo e excreção de fármacos.

DEFICIÊNCIAS NUTRICIONAIS GRAVES

Poderá haver aumento do risco de infecção de ferida operatória com prejuízo para o processo curativo.

ESTERILIZAÇÃO CONCOMITANTE A CESARIANA

A esterilização concomitante não aumenta o risco de complicações numa paciente cirurgicamente estável.

B. VASECTOMIA**ALTERAÇÕES DA COAGULAÇÃO**

Alterações de sangramento conduzem a um aumento do risco de formação de hematoma pós-operatório o qual, por sua vez, conduz a um aumento do risco de infecção.

DIABETES

Pessoas com diabetes têm maior probabilidade de ter infecções pós-operatórias. Se surgirem sinais de infecção, será necessário administrar tratamento com antibióticos.

INFECÇÕES LOCAIS

Há aumento do risco de infecção pós-operatória.

INFECÇÃO SISTÊMICA OU GASTROENTERITE

Há aumento do risco de infecção pós-operatória.

VARICOCELE GRANDE

Será difícil ou mesmo impossível localizar o canal deferente; um único procedimento para reparar varicocele e realizar uma vasectomia reduz o risco de complicações.

HIDROCELE GRANDE

Será difícil ou mesmo impossível localizar o canal deferente; um único procedimento para reparar hidrocele e realizar uma vasectomia reduz o risco de complicações.

FILARÍASE; ELEFANTÍASE

Se a elefantíase envolver o escroto, poderá ser impossível palpar os testículos e o cordão espermático.

MASSA INTRAESCROTAL

Poderá indicar presença de doença subjacente.

HÉRNIA INGUINAL

A vasectomia poderá ser realizada simultaneamente ao reparo da hérnia.

Referências para a anticoncepção cirúrgica voluntária

1. Abraham S et al. The characteristics, perceptions and personalities of women seeking a reversal of their tubal sterilization. *Medical Journal of Australia*, 1986, 145:4-7.
2. Allyn DP et al. Presterilization counseling and women's regret about having been sterilized. *Journal of Reproductive Medicine*, 1986, 31:1027-32.
3. Boring CC, Rochat RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. *Fertility & Sterility*, 1988, 49:973-81.
4. Clarkson SE, Gillett WR. Psychological aspects of female sterilisation--assessment of subsequent regret. *New Zealand Medical Journal*, 1985, 98:748-50.
5. Grubb GS et al. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertility & Sterility*, 1985, 44:248-53.
6. Hardy E et al. Risk factors for tubal sterilization regret, detectable before surgery. *Contraception*, 1996, 54:159-62.
7. Henshaw SK, Singh S. Sterilization regret among U.S. couples. *Family Planning Perspectives*, 1986, 18:238-40.
8. Hillis SD et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 1999, 93:889-95.
9. Jamieson DJ et al. A comparison of women's regret after vasectomy versus tubal sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2002, 99:1073-9.
10. Kariminia A, Saunders DM, Chamberlain M. Risk factors for strong regret and subsequent IVF request after having tubal ligation. *Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 2002, 42:526-9.
11. Leader A et al. A comparison of definable traits in women requesting reversal of sterilization and women satisfied with sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:198-202.
12. Loaiza E. Sterilization regret in the Dominican Republic: looking for quality-of-care issues. *Studies in Family Planning*, 1995, 26:39-48.
13. Marcil-Gratton N. Sterilization regret among women in metropolitan Montreal. *Family Planning Perspectives*, 1988, 20:222-7.
14. Platz-Christensen JJ et al. Evaluation of regret after tubal sterilization. *International Journal of Gynaecology & Obstetrics*, 1992, 38:223-6.
15. Ramsay IN, Russell SA. Who requests reversal of female sterilisation? A retrospective study from a Scottish unit. *Scottish Medical Journal*, 1991, 36:44-6.
16. Schmidt JE et al. Requesting information about and obtaining reversal after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *Fertility & Sterility*, 2000, 74:892-8.
17. Thranov I et al. Regret among 547 Danish sterilized women. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1988, 16:41-8.
18. Trussell J, Guilbert E, Hedley A. Sterilization failure, sterilization reversal, and pregnancy after sterilization reversal in Quebec. *Obstetrics & Gynecology*, 2003, 101:677-84.
19. Wilcox LS et al. Risk factors for regret after tubal sterilization: 5 years of follow-up in a prospective study. *Fertility & Sterility*, 1991, 55:927-33.
20. Chi I, Mumford SD, Lafe LE. Technical failures in tubal ring sterilization: incidence, perceived reasons, outcome, and risk factors. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1980, 138:307-12.
21. Chi I, Kennedy KI. Early readmission following elective laparoscopic sterilization: a brief analysis of a rare event. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1984, 148:322-7.
22. Jamieson DJ et al. Complications of interval laparoscopic tubal sterilization: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics & Gynecology*, 2000, 96:997-1002.
23. White MK, Ory HW, Goldenberg LA. A case-control study of uterine perforations documented at laparoscopy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1977, 129:623-5.
24. Baggish MS et al. Complications of laparoscopic sterilization. Comparison of 2 methods. *Obstetrics & Gynecology*, 1979, 54:54-9.
25. Chi I, Feldblum PJ, Balogh SA. Previous abdominal surgery as a risk factor in interval laparoscopic sterilization. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 1983, 145:841-6.
26. Feldblum PJ et al. Technical failures in female sterilization using the tubal ring: a case-control analysis. *Contraception*, 1986, 34:505-12.

CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS.....	1
GRAVIDEZ	1
IDADE	1
PARIDADE	1
AMAMENTAÇÃO.....	1
PÓS-PARTO.....	1
PÓS-PARTO.....	1
PÓS-ABORTO.....	1
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR.....	1
TABAGISMO	2
OBESIDADE.....	2
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL	2
DOENÇA CARDIOVASCULAR.....	2
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL.....	2
HIPERTENSÃO	2
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ	2
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP).....	3
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS	3
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL	3
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA	3
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC)	3
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR	4
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS	4
CEFALÉIA*	4
EPILEPSIA	4
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	4
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS.....	4
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR	4
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL.....	4
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICADO	4
ENDOMETRIOSE.....	4
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS.....	4
DISMENORRÉIA INTENSA.....	5
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL*	5
ECTRÓPIO CERVICAL	5
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC).....	5
CÂNCER DE COLO UTERINO.....	5
DOENÇA MAMÁRIA.....	5
CÂNCER ENDOMETRIAL	5
CÂNCER OVARIANO.....	5
MIOMAS UTERINOS*	5
ANOMALIAS ANATÔMICAS	5
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP).....	6
IST	6
HIV/AIDS.....	6
ALTO RISCO DE HIV	6
INFECTADA COM HIV	6
AIDS	6
OUTRAS INFECÇÕES	6
ESQUISTOSSOMOSE	6
TUBERCULOSE.....	6
MALÁRIA	6
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS	7
DIABETES	7
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE.....	7

ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS	7
DOENÇA DA VISÍCULA BILIAR	7
ANTECEDENTE DE COLESTASE	7
HEPATITE VIRAL	7
CIRROSE	7
TUMORES DO FÍGADO	8
ANEMIAS.....	8
TALASSEMIA	8
ANEMIA FALCIFORME	8
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO	8
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS	8
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS DO FÍGADO.....	8
ANTIBIÓTICOS.....	8
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	8

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
CARACTERÍSTICAS PESSOAIS E ANTECEDENTES REPRODUTIVOS								
GRAVIDEZ	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4*	4*
IDADE	Menarca a <40=1 ≥40=2	Menarca a <40=1 ≥40=2	Menarca a <18=1 18-45=1 >45=1	Menarca a <18=2 18-45=1 >45=2	Menarca a <18=1 18-45=1 >45=1	Menarca a <20=2 ≥20=1	Menarca a <20=2 ≥20=1	Menarca a <20=2 ≥20=1
PARIDADE								
a) Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Multípara	1	1	1	1	1	1	1	1
AMAMENTAÇÃO								
a) < 6 semanas após o parto	4	4	4	3*	3*	3*		
b) 6 semanas a < 6 meses	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses após o parto	2	2	2	1	1	1		
PÓS-PARTO (mulheres que não amamentam)								
a) < 21 dias	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 dias	1	1	1	1	1	1		
PÓS-PARTO (com ou sem amamentação, inclusive após cesárea)								
a) < 48 horas							2	3
b) ≥ 48 horas a <4 semanas							3	3
c) ≥ 4 semanas							1	1
d) Infecção puerperal							4	4
PÓS-ABORTO								
a) Primeiro trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Após aborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4
GRAVIDEZ ECTÓPICA ANTERIOR	1	1	1	2	1	1	1	1
ANTECEDENTE DE CIRURGIA PÉLVICA (incluindo após cesárea) (ver também pós-parto)	1	1	1	1	1	1	1	1

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
TABAGISMO								
a) Idade < 35	2*	2	2	1	1	1	1	1
b) Idade ≥ 35								
(i) <15 cigarros/dia	3*	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥15 cigarros/dia	4*	3	4	1	1	1	1	1
OBESIDADE Índice de massa corporal (IMC) ≥30 kg/m ²								
	2	2	2	1	1	1	1	1
MEDIÇÃO DE PRESSÃO ARTERIAL NÃO DISPONÍVEL								
	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
DOENÇA CARDIOVASCULAR								
MÚLTIPLOS FATORES DE RISCO PARA DOENÇA CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tais como idade ≥ 35 anos, tabagismo, diabetes e hipertensão)								
	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
HIPERTENSÃO								
a) Antecedente de hipertensão em que a pressão arterial NÃO PODE ser avaliada (inclusive hipertensão na gravidez)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Hipertensão adequadamente controlada em que a pressão arterial PODE ser avaliada	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Níveis elevados de pressão arterial (medições feitas corretamente)								
(i) sistólica 140-159 ou diastólica 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistólica >160 ou diastólica >100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) Doença vascular	4	4	4	2	3	2	1	2
ANTECEDENTE DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ (em que a pressão arterial atual é medida e encontra-se normal)								
	2	2	2	1	1	1	1	1

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)/ EMBOLIA PULMONAR (EP)								
a) Histórico de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP atual	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parentes de primeiro grau)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Cirurgia de grande porte								
(i) com imobilização prolongada	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sem imobilização prolongada	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirurgia menor sem imobilização	1	1	1	1	1	1	1	1
MUTAÇÕES TROMBOGÊNICAS CONHECIDAS (p.ex., Fator V de Leiden, mutação de protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
TROMBOSE VENOSA SUPERFICIAL								
a) Veias varicosas	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Tromboflebite superficial	2	2	2	1	1	1	1	1
DOENÇA CARDÍACA ISQUÊMICA ATUAL OU PREGRESSA				I C		I C		I C
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2 3
ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) (antecedente de acidente vascular cerebral)				I C		I C		
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2
HIPERLIPIDEMIAS CONHECIDAS (exames NÃO são necessários para o uso seguro de métodos contraceptivos)	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*	1*	2*

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO														
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG						
I = Início, C = Continuação														
DOENÇA CARDÍACA VALVULAR														
a) Não complicada	2	2	2	1	1	1	1	1	1					
b) Complicada (hipertensão pulmonar, risco de fibrilação atrial, histórico de endocardite bacteriana subaguda)	4	4	4	1	1	1	2*	2*						
ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS														
CEFALÉIA*	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
a) Não enxaqueca (leve ou intensa)	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Enxaqueca														
(i) sem aura														
Idade <35	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*
Idade ≥35	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2*
(ii) com aura (em qualquer idade)	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	3*
EPILEPSIA	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1	1
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS														
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*	1*
INFECÇÕES E ALTERAÇÕES DO APARELHO REPRODUTOR														
PADRÕES DE SANGRAMENTO VAGINAL													I	C
a) Padrão irregular sem sangramento intenso	1		1		1		2		2		2		1	1
b) Sangramento intenso ou prolongado (padrões tanto regulares quanto irregulares)	1*		1*		1*		2*		2*		2*		2*	2*
SANGRAMENTO VAGINAL INEXPLICADO (suspeita de condição grave)													I	C
Antes da avaliação	2*		2*		2*		2*		3*		3*		4*	2*
ENDOMETRIOSE	1		1		1		1		1		1		2	1
TUMORES OVARIANOS BENIGNOS (inclusive cistos)	1		1		1		1		1		1		1	1

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO										
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG		
I = Início, C = Continuação										
DISMENORRÉIA INTENSA	1	1	1	1	1	1	2	1		
DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL*										
a) Benigna	1	1	1	1	1	1	3	3		
b) Maligna	1	1	1	1	1	1	4	4		
ECTRÓPIO CERVICAL	1	1	1	1	1	1	1	1		
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)	2	2	2	1	2	2	1	2		
CÂNCER DE COLO UTERINO (à espera de tratamento)	2	2	2	1	2	2	I	C	I	C
							4	2	4	2
DOENÇA MAMÁRIA										
a) Massa não diagnosticada	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1	2		
b) Doença mamária benigna	1	1	1	1	1	1	1	1		
c) Antecedente familiar de câncer	1	1	1	1	1	1	1	1		
d) Câncer										
(i) atual	4	4	4	4	4	4	1	4		
(ii) no passado ou sem evidência de doença por 5 anos	3	3	3	3	3	3	1	3		
CÂNCER ENDOMETRIAL	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
							4	2	4	2
CÂNCER OVARIANO	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
							3	2	3	2
MIOMAS UTERINOS*										
a) Sem distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	1	1	1		
b) Com distorção da cavidade uterina	1	1	1	1	1	1	4	4		
ANOMALIAS ANATÔMICAS										
a) Que distorcem a cavidade uterina							4	4		
b) Que não distorcem a cavidade uterina							2	2		

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO											
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG		
I = Início, C = Continuação											
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)											
a) DIP no passado (supondo não haver fatores de risco para DST)							I	C	I	C	
(i) com gravidez subsequente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
ii) sem gravidez subsequente	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
b) DIP – atual	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
IST							I	C	I	C	
a) Cervicite purulenta atual ou infecção por clamídia ou gonorréia	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*	
b) Outras IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
c) Vaginite (inclusive tricomoníase vaginal e vaginose bacteriana)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
d) Risco aumentado para IST	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2	
HIV/AIDS											
ALTO RISCO DE HIV							I	C	I	C	
	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
INFECTADA COM HIV	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	
AIDS	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*	
Clinicamente bem em terapia ARV	Ver TERAPIA ANTI-RETROVIRAL abaixo							2	2	2	2
OUTRAS INFECÇÕES											
ESQUISTOSSOMOSE											
a) Não complicada	1	1	1	1	1	1	1		1		
b) Fibrose do fígado (se intensa ver cirrose)	1	1	1	1	1	1	1		1		
TUBERCULOSE							I	C	I	C	
a) Não pélvica	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1	
b) Pélvica conhecida	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3	
MALÁRIA	1	1	1	1	1	1	1		1		

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO								
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu	DIU-LNG
I = Início, C = Continuação								
ALTERAÇÕES ENDÓCRINAS								
DIABETES								
a) Antecedente de doença gestacional	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Sem doença vascular								
(i) não insulino dependente	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) insulino dependente	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Com nefropatia/ retinopatia/ neuropatia	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
d) Com outra doença vascular ou diabetes com duração > 20 anos	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2
ALTERAÇÕES DA TIREÓIDE								
a) Bócio simples	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertireoidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotireoidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
ALTERAÇÕES GASTROINTESTINAIS								
DOENÇA DA VISÍCULA BILIAR								
a) Sintomática								
(i) tratada por colecistectomia	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) tratada clinicamente	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) atual	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Assintomática	2	2	2	2	2	2	1	2
ANTECEDENTE DE COLESTASE								
a) Relacionada à gravidez	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Relacionada ao uso de AOC no passado	3	2	3	2	2	2	1	2
HEPATITE VIRAL								
a) Ativa	4	3/4*	4*	3	3	3	1	3
c) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1
CIRROSE								
a) Compensada	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Descompensada	4	3	4	3	3	3	1	3

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

TABELAS RESUMO										
CONDIÇÃO	AOC	AIC	AT/AV	PP	AMPD NET-EN	Implantes NG/ETG	DIU-Cu		DIU-LNG	
I = Início, C = Continuação										
TUMORES DO FÍGADO										
a) Benigno (adenoma)	4	3	4	3	3	3	1		3	
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1		3	
ANEMIAS										
TALASSEMIA	1	1	1	1	1	1	2		1	
ANEMIA FALCIFORME	2	2	2	1	1	1	2		1	
ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE FERRO	1	1	1	1	1	1	2		1	
INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS										
MEDICAMENTOS QUE AFETAM AS ENZIMAS DO FÍGADO										
a) Rifampicina	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1		1	
b) Certos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3*	2*	3*	3*	2	3	1		1	
ANTIBIÓTICOS (exceto rifampicina)										
a) Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	1		1	
b) Outros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1		1	
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL										
							I	C	I	C
	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2/3*	2	2/3*	2

* Favor consultar as tabelas no texto para obter esclarecimento quanto a esta classificação

Anexo 1. AOC e terapias anti-retrovirais

Os poucos dados provenientes de pequenos estudos, a maioria não publicados, sugerem que a farmacocinética de uma única dose de AOC pode ser alterada por diversas terapias anti-retrovirais (ARV). Entretanto, não há estudos que demonstrem a significância clínica destes efeitos, especialmente com o uso regular de AOC. A tabela seguinte sumariza as evidências existentes até o momento com relação aos efeitos dos ARV sobre os níveis de esteróides anticoncepcionais bem como os efeitos dos contraceptivos hormonais nos níveis de ARV.

Tabela 1. Interações medicamentosas AOC-ARV farmacocinéticas.

ARV	Níveis de esteróides anticoncepcionais	Níveis de medicamento ARV
Inibidores de protease		
Nelfinavir	↓	Não há dados
Ritonavir	↓	Não há dados
Lopinavir/ritonavir	↓	Não há dados
Atazanavir	↑	Não há dados
Amprenavir	↑	↓
Indinavir	↑	Não há dados
Saquinavir	Não há dados	Sem alteração
Inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeo		
Nevirapina	↓	Sem alteração
Efavirenz	↑	Sem alteração
Delavirdina	?↑	Não há dados

Referências:

Ouellet D et al. Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1998, 46(2):111-6.

Mildvan D et al. Pharmacokinetic interaction between nevirapine and ethinyl estradiol/norethindrone when administered concurrently to HIV-infected women. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes: JAIDS*, 2002, 29(5):471-7.

Tackett D et al. Atazanavir: a summary of two pharmacokinetic drug interaction studies in healthy subjects (abstract). Presented at the 10th Retrovirus Conference, Boston, MA, February 10-14, 2003. Available on line at <http://www.retroconference.org/2003/Abstract/Abstract.aspx?AbstractID=649>. (Accessed July 31, 2003).

Mayer K et al. Efficacy, effect of oral contraceptives, and adherence in HIV infected women receiving Fortovase (Saquinavir) soft gel capsule (SQV-SGC; FTV) thrice (TID) and twice (BID) daily regimens (abstract). Presented at the XIII International AIDS Conference, Durban, 2000. Available on line at <http://www.iac2000.org/abdetail.asp?ID=TuPeB3226>. (Accessed July 31, 2003).

Merck & Co., Inc. Indinavir prescribing information, 2002.

Abbot Laboratories. Ritonavir prescribing information, 2001.

Abbot Laboratories. Lopinavir/ritonavir prescribing information, 2003.

Agouron Pharmaceuticals, Inc. Nelfinavir prescribing information, 2003.

Glaxo Smith Kline. Amprenavir prescribing information, 2002.

Pharmacia & Upjohn Co. Delavirdine prescribing information, 2001.

DuPont Pharmaceuticals Co. Efavirenz prescribing information, 2001.

Anexo 2. Lista de participantes

**Reunião do Grupo de Trabalho de Especialistas para atualizar os Critérios Médicos de Elegibilidade
para o uso de Anticoncepcionais
Sala C, Organização Mundial da Saúde, Genebra, 21 a 24 de Outubro de 2003**

Dra. Halida Akhter
Diretora Gerente
Health Promotion Limited (HPL)
H-310, Rd-3 Baitul Aman
Housing Society, Shyamoli
Dhaka, 1207
Bangladesh

Dr. Willard Cates
Presidente
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

Dr. Tsungai Chipato
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Universidade do Zimbábue
P.O. Box A 178
Harare
Zimbábue

Dra. Maria del Carmen Cravioto
Departamento de Biologia Reprodutiva
Instituto Nacional de Nutrição,
Salvador Zubiran, Vaso de Quiroga 15
Delegacion Tlalpan
C. P. 14000
México, D.F.
México

Dr. Juan Diaz
Consultor Médico para América Latina
e Caribe
Population Council
Cidade Universitária
Caixa postal 6509
13084-970 Campinas
São Paulo
Brasil

Dra. Soledad Diaz
Consultora de Planejamento Familiar
Instituto Chileno de Medicina Reprodutiva
José Victorino Lastarria 29
Depto 101, Correo 22, Casilla 96
Santiago
Chile

Dr. Lindsay Edouard
Oficial de Saúde Reprodutiva Sênior
Divisão Técnica e de Políticas
Fundo de População das Nações Unidas
220 East 42nd Street
New York, NY 10017
Estados Unidos

Dra. Anna Glasier
Serviços de Planejamento Familiar e Bem
Estar da Mulher
18 Dean Terrace
Edinburgh EH4 1NL
Reino Unido

Dr. John Guillebaud
White Leas Mead
14 Hidscope Road
Cumnor Hill
Oxford OX2 9JJ
Reino Unido

Dra. Kerstin Hagenfeldt
Departamento de OB/GYN
Karolinska Institute
Box 140
S-171 76 Stockholm
Suécia

Dr. Ezzeldin Othman Hassan
Fundação Nacional Egípcia de Atenção à
Fertilidade
2(A) Mahrouky Street Mohandessen
POB 147 Orman
Giza
Egito

Dr. Mihai Horga
Diretoria de Família e Assistência Social
Ministério da Saúde & Família
1-3 Cristian Popisteanu St.
70109 Bucareste
Romênia

Dr. Douglas Huber
Ciências Gerenciais para a Saúde
165 Allandale Road
Boston, MA 02130-3400
Estados Unidos

Dr. Carlos Huezo
Federação Internacional para Paternidade
Planejada
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
London NW1 4NS
Reino Unido

Dr. Roy Jacobstein
EngenderHealth
440 Ninth Avenue
New York, NY 1001
Estados Unidos

Dra. Victoria Jennings
Instituto de Saúde Reprodutiva
Georgetown University Medical Center
Georgetown Center, 6th Floor
2115 Wisconsin Avenue, NW
Washington, D.C. 20007
Estados Unidos

Dra. Liliana Kapetanovic-Milosevic
Unidade de Avaliação Fármaco-Tóxico-Clínica
Agência Francesa de Segurança Sanitária dos
Produtos de Saúde
143/147, Boulevard Anatole France
93285 Saint Denis Cedex
França

Dr. Robert Leke
Centro de Pesquisa em Reprodução Humana
da OMS
Faculdade de Medicina & Ciências Biológicas
University of Yaoundé 1, BP 1935
Yaoundé
República de Camarões

Dr. Enriqueito R. Lu
STARH/FP Program
Tifa Building, 5th Floor, Suite 503
Jl Kuningan Barat 26
Jakarta 12710
Indonésia

Dr. Trent MacKay
Filial de Contracepção e Saúde Reprodutiva,
NICHD, NIH
6100 Executive Boulevard, Suite 8B13
Rockville, MD 20892
Estados Unidos

Dr. Maurizio Macaluso
Filial de Saúde e Fertilidade da Mulher
CDC
Koger Rhodes Building Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dr. Olav Meirik
Instituto Chileno de Medicina Reprodutiva
Jose Ramon Gutierrez 295, Depto 3
Santiago
Chile

Dra. Suneeta Mittal
Chefe do Departamento de Ginecologia e
Obstetrícia
Diretor Executivo, CCR em Reprodução
Humana da OMS
All India Institute of Medical Sciences
Ansari Nagar
Nova Deli, 110 029
Índia

Dra. Helen Randera-Rees
Unidade de Saúde Reprodutiva
Departamento de Ginecologia e Obstetrícia
Baragwanath Hospital
PO Betsham 2013
Johannesburg
África do Sul

Sr. Ward Rinehart
John Hopkins University
Center for Communications Program
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202
Estados Unidos

Dr. Roberto Rivera
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

Dr. Fred Sai
P. O. Box 9983
Kotoka Airport, 4404
Accra
Gana

Dra. Pramilla Senanayake
Federação Internacional de Paternidade
Planejada
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
Londres NW1 4NS
Reino Unido

Dr. James Shelton
Escritório de População
Escritório de Ciência e e Tecnologia
USAID
1300 Pennsylvania Avenue, G/PHN
Washington, D.C. 20523
Estados Unidos

Dra. Connie Smith
Serviços Contraceptivos de Westside
Westminster PCT
Raymede Clinic
St Charles Hospital
Exmoor Street
Londres W10 6DZ
Reino Unido

Dr. Irving Sivin
Centro de Pesquisas Biomédicas
Population Council
One Dag Hammarskjold Plaza
New York, N.Y. 10017
Estados Unidos

Dra. Bulbul Sood
Especialista em Gerenciamento de Programa,
CEDPA
50 M Shantipath, Gate No 3,
Niti Marg, Chanakyapuri,
Nova Deli-110021
Índia

Dr. Marcel Vekemans
IntraHealth International
1700 Airport Road, Suite 300 CB# 8100,
Chapel Hill, NC 27514
Estados Unidos

Dr. Edith Weisberg
Centro de Pesquisas em Saúde Reprodutiva
de Sidnei
328-336 Liverpool Road
Ashfield, NSW 2131
Austrália

Dra. Wu Shangchun
National Research Institute for Family Planning
12 Da Hui Si (Hai Dian Qu)
Beijing 100081
República Popular da China

CONSULTORES TEMPORÁRIOS

Dra. Kate Curtis
Divisão de Saúde Reprodutiva
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Sra. Anshu Mohllajee
Divisão de Saúde Reprodutiva
Koger Rhodes Building
CDC Mailstop K-34
4770 Buford Highway, NE
Atlanta, GA 30341-3717
Estados Unidos

Dra. Kavita Nanda
Family Health International
P. O. Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709
Estados Unidos

Dra. Jennifer Smith
1 bis Montée de Garillan
69005 Lyon
França

SECRETARIA

Sra. Kathryn Church, RHR
Dra. MaryLyn Gaffield, RHR
Sra. Sarah Johnson, RHR
Sra. Cath Hamill, RHR
Sra. Gloria Lamptey, RHR
Dr. Herbert Peterson, RHR
Dr. Paul Van Look, RHR
Dra. Effy Vayena, RHR

OBSERVADORES

Dra. Vanessa E. Cullins
Vice Presidente para Assuntos Médicos
Federação Americana de Paternidade
Planejada
434 West 33rd Street
New York, N.Y. 10001
Estados Unidos

Dra. Fatiha Terki
Federação Internacional de Paternidade
Planejada
Regent's College, Inner Circle, Regent's Park
Londres NW1 4NS
Reino Unido