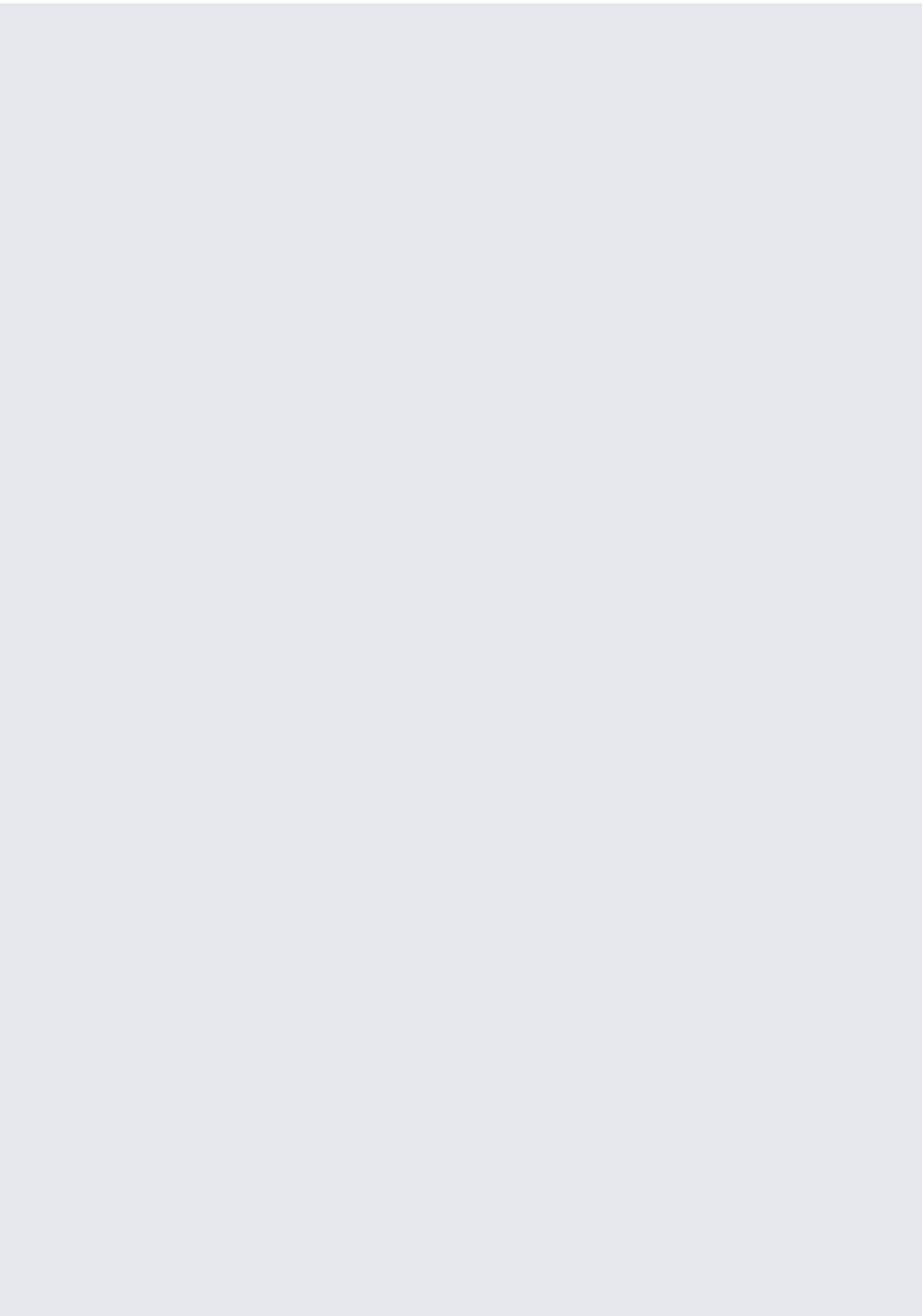


SAÚDE REPRODUTIVA DAS PESSOAS QUE VIVEM E CONVIVEM COM HIV



Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Programa Estadual DST/Aids - SP
Centro de Referência e Treinamento DST/Aids - SP

2015





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

AUTORES: Ana Teresa Viso | Ariane de Castro Coelho | Carolina Sales Vieira
Denize Lotufo Estevam | Isabel Cristina Esposito Sorpreso
Joselita Maria de Magalhães Caraciolo | Judit Lia Busanello
Mariliza Henrique da Silva | Regina Maria Barbosa Ricardo Barbosa Martins
Rísia Cristina Santos de Oliveira | Sidnei Rana Pimentel

1ª edição

Secretaria de Estado da Saúde
Coordenadoria de Controle de Doenças
Programa Estadual DST/AIDS – SP
Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS – São Paulo

São Paulo - SP
2015





SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

David Everson Uip

COORDENADORIA DE CONTROLE DE DOENÇAS

Marcos Boulos

CENTRO DE REFERÊNCIA E TREINAMENTO DST/AIDS-SP

COORDENAÇÃO ESTADUAL DST/AIDS-SP

Maria Clara Gianna – coordenadora

Artur Kalichman e Rosa Alencar Souza – coordenadores adjuntos

AUTORES:

Ana Teresa Viso, Ariane de Castro Coelho, Carolina Sales Vieira, Denize Lotufo Estevam, Isabel Cristina Esposito Sorpreso, Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, Judit Lia Busanello, Mariliza Henrique da Silva, Regina Maria Barbosa, Ricardo Barbosa Martins, Rísia Cristina Santos de Oliveira, Sidnei Rana Pimentel

COORDENAÇÃO:

Mariliza Henrique da Silva

COLABORAÇÃO:

Paulo Roberto Teixeira, Emi Shimma

PROJETO GRÁFICO, DIAGRAMAÇÃO E CAPA:

Bel Jordão - GB8 Design e Editoração Ltda.

REVISÃO:

Joselita Maria de Magalhães Caraciolo, Naila Janilde Seabra Santos, Regina Maria Barbosa

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Saúde Reprodutiva das Pessoas que Vivem e Convivem com HIV
São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/Aids-SP, 2015
64 p.

Série: Atenção às DST/aids

ISBN: 978-85-99792-26-1

1. HIV/aids 2. Direito Reprodutivo 3. Anticoncepção 4. Concepção 5. Atenção Integral





Sumário



Apresentação 7

Introdução 8

Objetivos 8

Direitos Reprodutivos 9

Organização dos serviços 13

Adolescência e suas especificidades 18

Aconselhamento reprodutivo para a
concepção e anticoncepção 21

Planejamento reprodutivo na concepção 30

Planejamento reprodutivo na pré concepção 35

Planejamento reprodutivo na anticoncepção 45

Anticoncepção de emergência 59







Apresentação

Mais do que nunca o enfrentamento da epidemia do HIV requer que as estratégias de controle da transmissão do vírus incluam ações combinadas de prevenção, assistência e tratamento, considerando além das diferenças regionais, as demandas específicas de alguns grupos populacionais.

A epidemia do HIV atinge particularmente a população jovem, sexualmente ativa e em idade reprodutiva, o que torna as questões ligadas à sexualidade e a reprodução primordiais quando se pensa no seu enfrentamento.

Ao longo do tempo, o Programa Estadual DST/Aids-SP tem elaborado diretrizes e implementado ações de saúde sexual e reprodutiva voltadas para as pessoas que vivem e convivem com o HIV.

Esta publicação é voltada aos profissionais que atuam na rede de atenção a essas pessoas e tem por objetivo instrumentalizá-los para o manejo das questões ligadas a concepção e anticoncepção das pessoas vivendo com HIV.

Dra. Maria Clara Gianna

Coordenadora do Programa Estadual DST / Aids - SP





Introdução

Com o acesso ampliado ao tratamento da aids e a implementação de estratégias de prevenção do HIV e de doenças sexualmente transmissíveis (DST), observa-se no Estado de São Paulo tendência de queda na incidência e mortalidade por aids, na transmissão vertical do HIV, aumento da expectativa de vida e da melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (PVHIV).

Desde o início da epidemia de aids, o número absoluto de homens notificados é maior que o número de mulheres. Entretanto, o aumento dos casos em mulheres é um fenômeno mundial. No Estado de São Paulo houve queda muito expressiva na relação masculino/feminino de casos (de 27:1 em 1985 para 2:1 em 2012), denotando a importância das mulheres na epidemia. De todos os casos notificados, mais de 80% em ambos os sexos são de pessoas na fase reprodutiva, entre 15 e 49 anos.

Assim, de forma cada vez mais frequente, as demandas relacionadas à saúde reprodutiva das PVHIV se tornaram parte do cotidiano dos serviços de assistência especializada em DST/Aids (SAE), acrescentando desta forma mais um desafio para os profissionais de saúde. Essa constatação não apenas justifica, mas impõe a publicação de um manual que oriente e respalde tecnicamente os profissionais para o manejo adequado da saúde reprodutiva de pessoas vivendo com HIV e seus parceiros.

Objetivos

Este manual tem por objetivo instrumentalizar tecnicamente os profissionais de saúde para abordagem do planejamento reprodutivo, considerando a multiplicidade das questões envolvidas e a integralidade das ações de cuidado. A expectativa é oferecer aos serviços especializados em DST/Aids subsídios para reflexão, sensibilização e tomada de decisão nas ações de saúde, a fim de garantir o acesso das PVHIV aos direitos reprodutivos de uma forma plena e satisfatória.





Direitos Reprodutivos

“Toda pessoa com HIV e AIDS tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania”¹

Os Direitos Reprodutivos visam a garantia do exercício livre e responsável, da sexualidade e reprodução humana, entendidos como potencializadores da vida e das relações interpessoais². Constituídos como direitos humanos, pressupõem que as pessoas tenham uma vida sexual satisfatória e segura, com autonomia para reproduzir e decidir se, quando e com que frequência o fazem. Isto implica no direito de homens e mulheres serem informados e terem acesso a métodos contraceptivos da sua escolha, que sejam seguros, eficazes e aceitáveis. Além disso, é fundamental o acesso a serviços de saúde que ofereçam possibilidades de concepção, gravidez e parto com segurança.

Os direitos sexuais e reprodutivos visam ainda garantir a vivência plena e consciente da sexualidade, levando em consideração as especificidades dos diversos grupos populacionais.

De acordo com o Ministério da Saúde, encontram-se entre os direitos reprodutivos e sexuais³:

- O direito das pessoas decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.
- O direito de acesso a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos.
- O direito de exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência.
- O direito de viver e expressar livremente a sexualidade sem violência, discriminação, imposição e com total respeito pelo corpo do (a) parceiro (a).
- O direito de escolher o (a) parceiro (a) sexual.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

- O direito de viver plenamente a sexualidade sem medo, vergonha, culpa e falsas crenças.
- O direito de viver a sexualidade, independentemente de estado civil, idade ou condição física.
- O direito de escolher se quer ou não quer ter relações sexuais.
- O direito de expressar livremente sua orientação sexual: heterossexualidade, homossexualidade, bissexualidade.
- O direito de ter relação sexual, independentemente da reprodução.
- O direito ao sexo seguro para prevenção da gravidez e de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e aids.
- O direito a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e um atendimento de qualidade, sem discriminação.
- O direito à informação e à educação sexual e reprodutiva.

No contexto da aids, o tema da reprodução das PVHIV atravessa a década de 80 e parte da década de 90 como uma questão pouco discutida pela maioria dos trabalhadores da saúde. O debate cresce na medida em que aumenta a importância da epidemia entre as mulheres, devido ao seu alto grau de acometimento em idade reprodutiva⁴.

O cenário começa a mudar apenas em 1996 quando os resultados do estudo ACTG 076⁵ são publicados, apesar da Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids afirmar o direito à vida sexual e reprodutiva desde 1989¹.

A dramática redução do risco de transmissão vertical do HIV (TV HIV) de 23% para 8%, demonstrada nesse estudo, se desdobrou com uma grande ênfase nas ações de prevenção da transmissão vertical, em termos político e programático, e a consequente eleição da assistência à maternidade como o momento de detecção da infecção pelo HIV em mulheres.





Segundo a resolução do Conselho Federal de Medicina, o médico deve oferecer o HIV no pré-natal, com aconselhamento pré e pós-teste e registrar no prontuário o consentimento ou a negativa da mulher em realizar o exame⁶.

Com o incremento da profilaxia da TV HIV, a questão da reprodução surge no horizonte dos Programas e serviços de DST/Aids, bem como no diálogo entre os profissionais e as PVHIV. No entanto, o atrelamento das ações de saúde reprodutiva à TV HIV tem deixado à margem outras dimensões dos direitos reprodutivos, cuja incorporação só será possível quando os serviços ampliarem a discussão do desejo reprodutivo das PVHIV.

A despeito do conhecimento científico, há um grande desafio para que o direito reprodutivo ocorra de um modo mais efetivo. Ainda hoje, mesmo com o risco de TV HIV próximo a 1%,⁷ não há garantias de que as mulheres vivendo com HIV possam decidir pela concepção.

Ressalta-se que o desejo reprodutivo não se encontra necessariamente associado ao estado sorológico. Estudos apontam que o desejo de ter filhos está associado às mesmas variáveis como, idade, número de filhos vivos, morar com filho e ter motivação para lutar pela vida, nas mulheres com e sem HIV⁸.

Da mesma forma que acontece para muitas mulheres da população em geral, nas mulheres HIV positivo a intenção de ter filhos não se desdobra, necessariamente, no planejamento do melhor momento clínico e pessoal para concretizar a gestação. Assim como, a intenção de não tê-los, nem sempre se traduz na adoção de métodos anticoncepcionais seguros o bastante para evitar uma gravidez não planejada.

Outra questão que deve ser considerada diz respeito ao exercício da sexualidade das PVHIV. O preconceito e o estigma que ainda permeiam o contexto da epidemia de aids, além da perda de alguns aspectos essenciais à qualidade de vida, acabam muitas vezes redefinindo as PVHIV como assexuadas⁹.

O efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos demanda a implementação de políticas públicas que assegurem o acesso a informações e recursos adequados.

Para que esses direitos possam ser exercidos, é necessária a existência de condições que garantam que as pessoas estejam livres de violência, coerção, discriminação e/ou quaisquer outros tipos de restrição. É fundamental assegurar a autonomia dos sujeitos com relação à decisão reprodutiva.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

Referências Bibliográficas

1. Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG). **Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids.** Porto Alegre (RS). Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/direitos-fundamentais>. Acessado em 02/dez/2014.
2. Ventura, M. (coord). **Direitos Reprodutivos no Brasil.** 3ª edição. ISBN 347.121.1 : 612.6 (81). Brasília – DF. 2009.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília-DF. 2010. 300 p.
4. Barbosa, R.M.; Lago, TG. **AIDS e direitos reprodutivos: para além da transmissão vertical.** In: PARKER, R. (org) *Políticas, Instituições e AIDS. Enfrentando a epidemia no Brasil* Rio de Janeiro: Zahar/ABIA. 1997. p 163-75.
5. Connor, E.M.; Sperling, R.S.; Gelber, R. et al. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 076, Study Group. **Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment.** N Engl J Med. 3;331(18):1173-80. Nov. 1994.
6. Conselho Federal de Medicina. Brasil. **Resolução CFM Nº 1.665/2003, art 5 e 6.** Disponível em: - www.portalmedico.org.br/resolucoes/cfm/2003/1665_2003.htm. Acessado em 02/dez/2014.
7. American Academy of Pediatrics. **Disclosure of illness status to children and adolescents with HIV infection.** Pediatrics. v.103, p.64-166, 1999.
8. Santos, N.J.S et al. **Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade.** Rev Saúde Pública 2002;36(4 Supl):12-23.
9. Vidal, E.C.F., et al. **Políticas Publicas para pessoas com HIV: discutindo direitos sexuais e reprodutivos.** Rev. Rene. abr./jun.2009. Fortaleza, v. 10, n. 2, p. 166-174.





Organização dos serviços

Os cuidados de saúde reprodutiva requerem um conjunto diversificado de serviços, técnicas e métodos que contribuam para a saúde e o bem-estar reprodutivos¹, incluindo ações de prevenção e intervenção às diferentes situações que se apresentam.

Para promover e proteger o direito à vida reprodutiva saudável das PVHIV, as unidades de saúde devem se adequar às necessidades e especificidades de seus usuários ao longo de seus ciclos de vida, considerando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis.

A escuta ativa e o diálogo com os usuários sobre a possibilidade de uma vida sexual e reprodutiva saudável, que pode incluir ou não o desejo de ter filhos, possibilitam o vínculo, facilitam a adesão aos métodos acordados e devem sempre ser oferecidos pelos profissionais.

O protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção do HIV em adultos de 2013 inclui na anamnese a investigação da história reprodutiva, do desejo de ter filhos, estado sorológico do parceiro e o uso de métodos contraceptivos².

A investigação do desejo de ter filhos já na primeira consulta, e periodicamente, possibilita ao usuário sentir-se acolhido nessa demanda. Essa simples abordagem, que a princípio parece um detalhe, ainda é uma dificuldade para alguns profissionais de saúde e muitas PVHIV não conseguem exercer plenamente o direito reprodutivo, nem para ter filhos nem para evitá-los.

A atuação dos profissionais em relação à saúde reprodutiva das PVHIV ainda é cercada de desconhecimento e preconceito, o que impacta na escuta e condutas com os usuários.

Por desconhecimento, insegurança ou valores pessoais, o discurso e as práticas ainda estão excessivamente centrados no uso de preservativo, como o único método viabilizador de vida sexual e reprodutiva saudáveis.

Os profissionais não se sentem confortáveis para dialogar sobre os desejos sexuais e reprodutivos com as PVHIV. Entretanto, não discutir concepção e anticoncepção impossibilita a escolha de métodos contraceptivos adequados, gestações planejadas e aumenta o risco de transmissão do HIV para parceiro(a) e/ou bebê.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

As PVHIV têm o direito de decidir se querem ou não ter filhos e este direito está assegurado pelo Código de Ética Médica em seu artigo 42 que diz, “é vedado ao médico desprezitar o direito do paciente decidir livremente sobre o método contraceptivo ou conceptivo, devendo o médico sempre esclarecer sobre a indicação, a segurança, a reversibilidade e o risco de cada método”³.

As atividades dos profissionais de saúde na assistência à concepção ou contracepção envolvem: atividades educativas, aconselhamento, oferta de insumos e tecnologias de concepção ou contracepção, além da articulação com outros serviços da rede de saúde.

Essas atividades devem ser realizadas por equipe multidisciplinar, de forma integrada, tendo-se sempre em vista que toda visita do usuário ao serviço de saúde constitui-se numa janela de oportunidades.

Ressalta-se que a prática de ações educativas não deve se restringir apenas às atividades referentes à anticoncepção, à dupla proteção ou concepção, mas sim abranger todos os aspectos da saúde integral das PVHIV.

É papel dos serviços de saúde fornecer subsídios para vivência plena e segura da sexualidade das PVHIV. Os serviços devem:

- Promover ambiente acolhedor confiável e confidencial para que as pessoas possam discutir e tomar decisões conscientes.
- Sensibilizar os profissionais para uma escuta ativa, respeitando os desejos reprodutivos de modo que sejam capazes de informar, orientar e apoiar as PVHIV em suas escolhas.
- Garantir a confidencialidade e a isenção de julgamento dos usuários e de seus parceiros sexuais durante as consultas.
- Promover espaços de discussão e de atendimentos norteados pela escuta e acolhimento das diferenças.
- Mobilizar os recursos internos para garantir a integralidade do cuidado e articular as redes externas, incluindo outros serviços de saúde, para continuidade do cuidado, quando necessário.





- Estabelecer relações com os serviços de diagnóstico e tratamento, fortalecendo a rede de atenção. O trabalho em rede facilita o caminhar dos pacientes e potencializa a resolubilidade dos casos.
- Desenvolver estratégias de atendimento para usuários com deficiência de comunicação.
- Avaliar o processo de trabalho para promover as adequações necessárias e buscar garantir o bom desempenho dos profissionais e a eficácia das ações adotadas.
- Capacitar os profissionais para assistência em planejamento reprodutivo, com foco nos seguintes temas: conceito de direito reprodutivo; transmissão do HIV; aconselhamento reprodutivo com ênfase nas tecnologias de reprodução que reduzem o risco de transmissão sexual e métodos contraceptivos (métodos disponíveis, taxas de falha e eficácia de cada método, anticoncepção de emergência e métodos definitivos); assistência pré-natal e ao parto e violência sexual.
- Capacitar a equipe quanto aos direitos reprodutivos das PVHIV para diminuir o estigma, preconceito e a discriminação dos profissionais da saúde.
- Facilitar o acesso da equipe a manuais e diretrizes técnicas sobre direito reprodutivo e materiais educativos para os usuários.
- Incentivar a implementação de atividades educativas voltadas para usuários, que enfoquem a questão dos direitos sexuais e reprodutivos, informações sobre meios e métodos disponíveis para a regulação da fecundidade, a importância da dupla proteção e esclarecimentos sobre a legislação federal existente em relação ao planejamento reprodutivo.
- Garantir que o indivíduo tenha acesso às informações, bem como à compreensão delas.
- Utilizar estratégias de comunicação como, folhetos, cartilhas, sites, cartazes, vídeos, etc.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

- Ofertar insumos e aconselhamento adequados para possibilitar uma decisão esclarecida referente à concepção ou contracepção.
- Garantir que a equipe de saúde tenha espaços para a construção de projetos terapêuticos singulares.
- Abordar o tema de direito reprodutivo nos espaços coletivos existentes na unidade como, sala de espera e grupos de discussão.
- Ofertar insumos de prevenção às DST/aids.
- Oferecer métodos contraceptivos e orientar sua utilização.
- Atender prontamente as situações em que haja um motivo expresso que o justifique como, por exemplo, disponibilizar de forma ágil e desburocratizada a contracepção de emergência.
- Desenvolver estratégias facilitando que as PVHIV aumentem suas possibilidades de atuarem como agentes de suas vidas sexuais e reprodutivas.
- Informar adequadamente sobre as estratégias para reduzir o risco de transmissão do HIV na preconcepção para seus parceiros e durante a gestação, parto e puerpério para o bebê.
- Individualizar as intervenções para a contracepção de acordo com cada situação apresentada, levando em consideração as vulnerabilidades sociais e individuais.
- Aconselhar os casais sorodiscordantes com foco na diminuição de risco de infecção para o parceiro.
- Garantir ações de anticoncepção para todas as mulheres e homens em idade reprodutiva e adolescentes que o desejarem.





- Encorajar a revelação do diagnóstico da PVHIV para os parceiros sexuais, seja em relações estáveis ou não, dando ao outro a oportunidade de decidir sobre seus próprios riscos, além de facilitar o processo nos casos de exposição sexual e necessidade de prescrição da profilaxia medicamentosa.
- Orientar a concepção no momento mais oportuno e da forma mais segura possível.
- Estar atentos sobre o despertar da sexualidade no trabalho com crianças e adolescentes que vivem com HIV, esclarecendo e orientando sobre uma vida sexual saudável.
- Ressaltar que o preservativo é um meio de prevenção da gravidez, bem como de doenças sexualmente transmitidas, constituindo-se em um insumo de promoção ao auto cuidado.

Referências bibliográficas:

1. Liabo. **Saúde Reprodutiva/Planeamento familiar**. Direcção Geral da Saúde Lisboa: DGS, 2008. - 67 p. - ed. revista e atualizada.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Ministério da Saúde. Brasília – DF. 2013.
3. CREMESP. **Resolução CFM Nº 1.931**, de 17 de setembro de 2009. Disponível em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=PesquisaLegislacao&dif=s&ficha=1&id=8822&tipo=RESOLU%C7%C3O&orgao=Conselho%20Federal%20de%20Medicina&numero=1931&situacao=VIGENTE&data=17-09-2009>. Acessado em 03/03/2015.]





Adolescência e suas especificidades

“...garantir direitos ao adolescente (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde”¹.

A adolescência é o período estabelecido dos 10 aos 19 anos e 11 meses, caracterizado por transformações físicas, psíquicas, sexuais e sociais, e que representa a transição da infância à vida adulta.

Na adolescência o corpo passa por profundas transformações que conduzem a uma nova maneira de vivenciar a sexualidade e a expressão do desejo sexual. O jovem desperta para novas sensações e para a busca de situações de prazer para satisfazer seus desejos. Nessa busca, descobre o prazer do encontro com o outro, muitas vezes com ansiedade, temor e vergonha. Descobre, também, que o mundo agora o percebe de forma diferente. As novas regras que entram em vigor incentivam alguns comportamentos e proíbem outros, fazendo com que o jovem descubra tabus e preconceitos até então desconhecidos.

Especialmente no trabalho com adolescentes vivendo com HIV é comum observar entre a equipe de saúde, assim como nas famílias e cuidadores, a negação do desejo sexual e o incentivo ao prolongamento de sua infância. Consequentemente esse tema não é levado em conta nas ações dos profissionais e os aspectos determinantes da saúde sexual dos adolescentes são postos de lado.

É essencial esclarecer que a atividade sexual faz parte dessa fase da vida e que pode ser desejada e vivenciada sem culpas, mas com responsabilidade. Para conversar com os adolescentes sobre esses assuntos é importante, antes de mais nada, manter uma atitude não-julgadora e garantir a confidencialidade. Isto quer dizer que é necessário criar, dentro da consulta, um espaço protegido de conversa com o adolescente na ausência de seus responsáveis.

A conversa a respeito da sexualidade deve necessariamente partir das informações, crenças e dúvidas que as crianças e adolescentes possuem, com linguagem simples e checando sempre sua compreensão ao final do atendimento.

¹ Brasil. Ministério da Saúde. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília, 2007. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/07_0400_M.pdf. Acessado em 03 março de 2015.





A abordagem da sexualidade deve começar tão logo seja detectada a maturidade sexual, preparando-os para uma vida sexual saudável. Trata-se de um processo no qual as orientações e informações devem ser transmitidas aos poucos, ao longo de diversas consultas, para não sobrecarregar e confundir os jovens com um grande conteúdo de informações.

Conforme o momento de vida, o adolescente pode lançar mão de diferentes métodos contraceptivos, influenciados pela frequência e possibilidade de planejamento das relações sexuais, a existência de parceria fixa, questões relacionadas à própria saúde, entre outras. Portanto, o aconselhamento reprodutivo deve ser realizado para todos os adolescentes de forma processual e sempre enfatizando a dupla proteção.

A gravidez na adolescência tem repercussões individuais e para a sociedade. Tem origem nos determinantes sociais da saúde e reforçam os efeitos negativos no âmbito educacional, profissional e pessoal incluindo abandono escolar, que acentua a exclusão social e pobreza^{1,2,3}. Resultados perinatais mostram que gravidez na adolescência está relacionada a baixo peso ao nascimento, prematuridade e complicações na gestação e parto^{4,5,6}.

A possibilidade de gravidez está sempre presente no trabalho com adolescentes. O profissional de saúde deve estar atento para discutir o impacto da gestação não planejada em suas vidas e orientar formas de evitar a gravidez, considerando sempre seu desejo e grau de autonomia.

É preciso estar atento às motivações da gestação no adolescente, que em algumas situações pode significar um caminho para sua independência, melhoria do status social ou a realização de uma fantasia⁷.

Discutir concepção e anticoncepção com o próprio adolescente requer uma postura acolhedora, isenta de julgamentos e valores morais. O adolescente deve ter assegurado o acesso a informações e a métodos e técnicas para concepção e anticoncepção.

Os adolescentes têm direito à confidencialidade nas suas consultas, inclusive no que diz respeito à atividade sexual⁸ (ECA, art. 17). Além disso, o Código de Ética Médica, em seu art. 74 diz que é vedado ao médico "Revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente"⁹. Nos casos em que a quebra de sigilo é necessária, se torna imprescindível que o adolescente





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

seja envolvido no processo de discussão. A avaliação da necessidade de rompimento do sigilo deve ser feita preferencialmente por equipe multidisciplinar.

Diversos códigos de ética profissionais^{10,11} e o próprio código penal seguem o mesmo entendimento e expressamente determinam o sigilo profissional, independentemente da idade da pessoa, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida para terceiros.

Referências bibliográficas:

1. Bouris A, Guilamo-Ramos V, Cherry K, Dittus P, Michael S, Gloppen K. Preventing rapid repeat births among Latina adolescents: the role of patients. *Am J Public Health*, 102(10):1842-1847, 2012.
2. Rowlands S, LLM MD FRCGP FFSRH. **Social predictors of repeat adolescent pregnancy and focused strategies.** *Best Practice Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 24: 605-616, 2010
3. Michelazzo D, Yazlle MEHD, Mendes M C, Patta M C, Yazlle J S, Moura M D. **Indicadores Sociais de Grávidas Adolescentes: Estudo Caso-Control.** *RBGO* 26 (8): 633-639, 2004.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Contraceptive methods available to patients of office-based physicians and title X clinics --- United States, 2009-2010.** *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2011 Jan 14;60(1):1-4.
5. Omar HA, Fowler A, McClanahan KK. **Significant reduction of repeat teen pregnancy in a comprehensive young parent program.** *J Pediatr Gynecol*, 21:283-287, 2008.
6. Cox S, Pazol K, Warner L, Romero L, Spitz A, Gavin L, Barfield W; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Vital signs: births to teens aged 15-17 years--United States, 1991-2012.** *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2014 Apr 11;63(14):312-8.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/**





Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/man_adolesc04.pdf. Acessado em: 02/dez/2014.

8. Estatuto da criança e do adolescente (ECA) – Lei 8069/90 de 13 de julho de 1990.
9. CFM. **Código de ética médica.** Resolução CFM N°1931/2009. Publicada no D.O.U. de 24 de setembro de 2009, Seção I, p. 90. Retificação publicada no D.O.U. de 13 de outubro de 2009, Seção I, p.173. Disponível em: http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra_9.asp. Acessado em: 02/dez/2014.
10. CFP. **Código de ética profissional do psicólogo.** Novembro de 2014. Disponível em <http://site.cfp.org.br/documentos/confira-o-novo-codigo-de-etica-profissional-do-psicologo/>. Acessado em: 02/dez/2014.
11. COFEN. **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Resolução** COFEN N° 311/2007. Disponível em http://www.ipebj.com.br/docdown/_3aca5.pdf.

Aconselhamento reprodutivo para a concepção e anticoncepção

O aconselhamento reprodutivo tem por objetivo informar, orientar e proporcionar um espaço seguro de discussão para tomada de decisões relativas à concepção e anticoncepção. É fortemente recomendado entre as PVHIV em idade reprodutiva para minimizar o risco de transmissão vertical e sexual e para que a gravidez aconteça em condições clínicas e de prevenção ideais.

É uma atividade processual na qual a abordagem do tema pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, em todos os momentos do atendimento. Não deve ocorrer interferência dos valores pessoais no reconhecimento e manejo do desejo reprodutivo das PVHIV.

O atendimento deve ser realizado com o casal visando garantir o planejamento conjunto, apoio psicossocial, adesão ao tratamento e ao seguimento clínico. A linguagem deve ser clara e acessível para auxiliar as escolhas do casal por meio do fornecimento de informações sobre as técnicas conceptivas e contraceptivas adequadas, o melhor momento para sua utilização e os potenciais riscos e benefícios de cada alternativa disponível para uma decisão mais segura.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

No processo de aconselhamento reprodutivo é importante:

1. Considerar as informações que o casal possui a respeito da concepção e contracepção no contexto das PVHIV, respeitando a particularidade de cada situação.
2. Recomendar a adoção de práticas sexuais seguras com o uso do preservativo para a prevenção de DST e HIV, independente da técnica conceptiva ou contraceptiva escolhida.
3. Avaliar sentimentos de ambivalência, frustração e medo, dentre outros, que requeiram apoio emocional.
4. Avaliar as vulnerabilidades individuais e sociais que dificultem a adoção do método escolhido (como por exemplo, uso de álcool e outras drogas).
5. Registrar em prontuário todo o processo de aconselhamento, com a descrição das orientações e também da reação e opinião do casal a respeito do assunto.

Aconselhamento na concepção

O aconselhamento para a concepção deve promover reflexões sobre as motivações do projeto parental, expectativas do casal (reais ou idealizadas), tentativas de concepção e investimento emocional e financeiro.

O profissional deve se preparar para acolher o casal perante o insucesso das tentativas de concepção e, se indicado, fazer os encaminhamentos para a reprodução assistida. Nesta situação também devem ser discutidas as probabilidades de sucesso, pois é comum a idealização de que os procedimentos de reprodução humana assistida garante a concepção.

No processo é importante avaliar as condições de enfrentamento de situações como, risco de transmissão, insucesso das tentativas, seguimento das recomendações, pressão social e familiar em relação à constituição de um modelo familiar que inclua filhos. Se necessário, discutir outras possibilidades, como a adoção ou a decisão de não ter filhos.





Aspectos clínicos

O primeiro passo na abordagem de métodos para concepção é a avaliação da fertilidade do casal. Nesta etapa é mandatória a realização de três exames: espermograma, ultra-sonografia transvaginal e histerossalpingografia^{1,2}.

Após a realização destes exames, alguns aspectos devem ser considerados^{3,4}:

1. Idade materna (a partir dos 35 anos de idade existe risco de má formação congênita e diminuição da fertilidade).
2. Avaliação do ciclo menstrual (ciclo regular pressupõe ciclo ovulatório na maioria dos casos), e da fertilidade prévia de ambos os parceiros.
3. História prévia de DST e infecções pélvicas, que podem estar relacionadas à infertilidade (por obstrução tubária) e presença de DST que aumenta o risco de transmissão do HIV.
4. Rastreamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e outras infecções genitais.
5. História prévia de cirurgia abdominal.
6. Podem ser considerados testes de laboratório para a reserva ovariana e análise do sêmen.
7. Orientações específicas para cada cenário (casais soroconcordantes e sorodiscordantes).
8. Orientar as técnicas para identificar o período fértil da mulher (método Ogino-knaus (ritmo, calendário ou tabelinha), método da temperatura basal corporal, método do muco cervical ou Billings, método sinto-térmico, método do colar). Pode-se considerar teste urinário do hormônio luteinizante (LH).
9. Importância do acompanhamento da mulher no pré-natal, parto e puerpério.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

10. Realizar vacinação contra Hepatite B nas mulheres de parceiros vulneráveis, assim como outras vacinas conforme calendário.
11. No caso da mulher HIV negativo ser HTLV I-II positivo, deve-se contraindicar a amamentação.
12. Coinfecções por hepatite B, hepatite C e HTLV I-II não representam contraindicação absoluta para a reprodução das PVHIV.
13. Para as mulheres HIV positivo em uso de terapia antirretroviral (TARV), o ácido fólico deve ser utilizado na concepção para reduzir o risco de defeitos do tubo neural fetal uma vez que os antirretrovirais têm um efeito antagonista do folato.
14. Adequar a TARV, excluindo o uso de drogas com potencial teratogênico.

PARÂMETROS PARA A REPRODUÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES QUE VIVEM COM HIV E SEUS PARCEIROS

Para o casal:

1. Realizar aconselhamento e testar o par discordante para o HIV.
2. Realizar educação sobre sorodiscordância e o potencial risco de transmissão do HIV.
3. Realizar rastreamento e tratamento de DST e outras infecções genitais por aumentarem o risco de transmissão sexual.
4. Avaliar planos de ter filhos.
5. Verificar e realizar, se necessário, a vacinação conforme calendário.
6. Estar com o exame colpocitológico dentro da validade (protocolo do INCA) para as mulheres.





Para a PVHIV:

1. Estar em uso de TARV no mínimo por 6 meses, com boa adesão ao tratamento.
2. Ter pelo menos duas cargas virais sanguíneas abaixo do limite de detecção, nos últimos seis meses.
3. Ausência de infecções do trato genital.
4. Ausência de doenças oportunistas ativas e de manifestações clínicas associadas à infecção pelo HIV.
5. Adequar a terapia antirretroviral para as mulheres que vivem com HIV, excluindo o uso de drogas com potencial teratogênico.

Para aqueles que optam por tentar a concepção:

1. Educar sobre os riscos de transmissão do HIV e estratégias de redução de riscos na preconcepção. (Tabela 1).
2. Educar sobre técnicas para identificar o período fértil da mulher.
3. Avaliar a fertilidade, idade da mulher e ciclos menstruais.
4. Investigar história de fertilidade de ambos os parceiros e realizar espermiograma, histerossalpingografia e ultra-sonografia transvaginal.
5. Se não houver gravidez após 6 meses de tentativas de concepção, realizar propedêutica de fertilidade completa (com base no padrão local).
6. Nos casos de infertilidade o casal deverá ser encaminhado para os serviços de referência.
7. Para aqueles que optarem por concepção natural esclarecer que relação sexual sem preservativo devesa ocorrer apenas no periodo fértil. No caso de mulheres HIV positivo e homens HIV negativo a autoinseminação é a estrategia mais indicada.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

Aconselhamento na anticoncepção

O desenvolvimento de novos métodos contraceptivos e a difusão de programas de planejamento familiar possibilitaram mudanças sociais e econômicas em todo o mundo. Entretanto, a gestação não programada ainda é uma questão mundial de difícil enfrentamento, cercada de tabus, principalmente nas populações mais vulneráveis⁵.

Estima-se que entre as 182 milhões de gestações que ocorrem nos países em desenvolvimento, mais de 1/3 não são planejadas. Nos países desenvolvidos, a situação não é diferente. Mesmo considerando fatores sociais e econômicos distintos e favoráveis, estima-se que 40% das gestações também não são planejadas. No Brasil, a taxa de gestação não planejada é de 55%^{6,7}.

Gestações não planejadas podem comprometer a saúde das mulheres e dos recém nascidos, além de potencialmente ocasionar outros tipos de dificuldades, sociais e econômicas.

Os riscos de complicações de parto são maiores em mulheres com menos de 19 anos e mais de 35 anos e na presença de morbidades associadas como, aids, hipertensão, diabetes, trombofilias, cardiopatia e outras doenças crônicas⁸. Nestas situações o planejamento reprodutivo na anticoncepção tem sua importância acrescida.

A mortalidade infantil é influenciada pela idade da mãe e pelo intervalo entre os partos, além de outros fatores. Os riscos de morte da criança aumentam em 24% durante o primeiro mês de vida quando nascem de mães com menos de 18 anos; e para 70-80% quando o nascimento ocorre com intervalo menor que 12 meses do último parto^{5,8}. Estes riscos podem ser reduzidos pelo retardo da primeira gestação para depois dos 18 anos de idade e pelo espaçamento dos nascimentos para mais de 18 meses.

A maior causa de gestação não planejada decorre de falha nos métodos contraceptivos. Sabe-se que mesmo os mais modernos, de alta efetividade em casais que utilizam perfeitamente (consistente e corretamente), são passíveis de falhas quando não utilizados da maneira prescrita^{7,9}.

Esta compreensão deve ser introduzida na prática clínica dos profissionais de saúde que realizam o aconselhamento reprodutivo para os casais que não desejam uma gestação ou planejam retardar este evento^{5,10}.





Métodos contraceptivos que dependem do usuário e de adoção de rotinas específicas, como por exemplo, métodos de barreira e pílulas contraceptivas orais, devem ter suas indicações bem discutidas e avaliadas, especialmente nas populações de maior vulnerabilidade¹¹, incluindo os adolescentes.

Os métodos que não requerem adesão coital ou diária, como os contraceptivos reversíveis de longa duração, podem ser uma alternativa às situações de inabilidade ou incapacidade de adesão.

Os métodos anticoncepcionais possuem riscos que variam de pessoa a pessoa. Por isto, o processo de escolha deve levar em consideração as condições de saúde dos envolvidos, suas culturas, hábitos de vida, contexto social, impacto do método na rotina diária e facilidade no seu emprego^{9,12}.

Devem ser discutidos com o casal a eficácia, conveniência, duração de ação, benefícios e limitações dos métodos, sua reversibilidade e tempo de retorno da fertilidade, efeito no sangramento uterino, efeitos colaterais a curto e longo prazo, eventos adversos, disponibilidade, custo, interações medicamentosas e a necessidade de manter a proteção contra o HIV e outras DST, a despeito do método adotado¹³.

O aconselhamento contraceptivo é um momento importante do planejamento reprodutivo e vital para a redução de falhas na anticoncepção. Possibilita a escolha mais adequada a cada um, aumenta a satisfação e a adesão ao método escolhido e é uma das estratégias de prevenção de gestações não planejadas^{13,14}. O aconselhamento anticoncepcional, a seleção adequada e o acesso aos métodos anticoncepcionais reduzem os riscos à saúde e propiciam a prevenção do aborto inseguro e diminuição da sobrecarga física, emocional e econômica^{8,15}.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

ACONSELHAMENTO PARA A ANTICONCEPÇÃO ENTRE HOMENS E MULHERES QUE VIVEM E CONVIVEM COM HIV

Para as pessoas que não desejam ter filhos ou desejam retardar a gestação, deve ser realizado aconselhamento reprodutivo. A discussão e orientação dos diferentes métodos devem incluir os seguintes aspectos:

- Dupla proteção.
- Eficácia.
- Conveniência.
- Duração de ação.
- Reversibilidade e tempo de retorno da fertilidade.
- Efeito no sangramento uterino.
- Frequência de efeitos colaterais e eventos adversos.
- Interações medicamentosas.
- Disponibilidade / Custo.
- Proteção contra DST.

Referências Bibliográficas:

1. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. **Diagnostic evaluation of the infertile female: a committee opinion**. Fertil Steril. 2012; 98(2):302-7.
2. EUA, National Institute for Health and Clinical Excellence. **Assessment and treatment for people with fertility problems**. 2013 NICE guidelines. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/cg156>.





3. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV-2008** Suplemento III - Tratamento e prevenção.
4. Caiyun Liao, Maybel ahab, Jean Anderson and Jenell S. Coleman. **Reclaiming fertility awareness methods to inform timed intercourse for HIV serodiscordant couples attempting to conceive.** Journal of the International AIDS Society. 2015, 18:19447.
5. P.D.Blumenthal, A.Voedisch, and K.Gemzell-Danielsson. **Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of longacting reversible contraception.** Human Reproduction Update, Vol.17, No.1 pp. 121–137, 2011.
6. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. **The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis.** Int Womens Health , 2014. 16;6:663-70.
7. Trussell J, Wynn LL. **Reducing unintended pregnancy in the United States.** Contraception 2008;77:1–5.
8. Singh GK, Ghandour RM. **Impact of neighborhood social conditions and household socioeconomic status on behavioral problems among US children.** Matern Child Health J. 2012 Suppl 1:S158-69.
9. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. **The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception.** Am J Obstet Gynecol. 2010. 203(2):111-7.
10. Trussell J, Leveque JA, Koenig JD, London R, Borden S, Henneberry J, LaGuardia KD, Stewart F, Wilson TG, Wysocki S et al. **The economic value of contraception: a comparison of 15 methods.** Am J Public Health 1995; 85:494–503.
11. Prescott GM, Matthews CM. **Long action reversible contraception: a review in special population.** Pharmacotherapy, 34(1):46-59 2014.
12. Russo JA, Miller E, Gold MA. **Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC).** J. Adolesc. Health, S14-S21, 2013.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

13. World Health Organization. **Annual Technical Report 2002**. Geneva: World Health Organization, 2002.
14. UNDP, UNFPA, and WHO Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction, World Bank, IUD Research Group. **The TCu 380A IUD and the frameless IUD 'the FlexiGard': interim three-year data from an international multicenter trial**. *Contraception* 1995;52:77–83.
15. World Health Organization. **Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: 2008 Update**. Geneva: World Health Organization, 2008a. Switzerland.

Planejamento reprodutivo na concepção

Homens e mulheres que vivem com HIV desejam e esperam ter filhos. Segundo Paiva¹, 43% dos homens heterossexuais que vivem com HIV, principalmente os que não têm filhos, desejam ter filhos. Em estudo recente realizado na cidade de São Paulo, o desejo de maternidade está presente em aproximadamente 30% das mulheres vivendo com HIV². A maioria dessas mulheres tenta engravidar sem ajuda e pedem auxílio somente se elas não concebem³.

As tentativas de concepção sem orientação ou planejamento expõem os parceiros soronegativos a um maior risco de contaminação pelo HIV, além de aumentarem a taxa de transmissão do vírus para a criança.

Para intervir nesta situação faz-se necessário, por um lado, acolher o desejo de filhos e, por outro, dar suporte ao processo de tomada de decisão, de forma a minimizar o risco de transmissão sexual e vertical do HIV.

O cuidado às questões de saúde reprodutiva deve ser parte de um processo que vai além da atenção ao pré-natal e ao parto.

Transmissão do HIV

Em relação à transmissão do HIV em parceiros heterossexuais, estudo longitudinal encontrou taxa de transmissão de 5 por 1.000, se o parceiro índice estava em estágio avançado de infecção e 0,7 por 1.000, se o parceiro índice estava assintomático. A transmissão se mostrou rara entre os indivíduos com níveis de carga viral < 1500/ml cópias de RNA do HIV-1⁴.





Estudo realizado na África aponta que o risco de o parceiro soronegativo adquirir o HIV é 1,8 vezes maior quando também ocorreu a concepção, em comparação com parcerias onde a concepção não ocorreu⁵. Os parceiros infectados pelo HIV nesta coorte não estavam em uso de TARV e tinham alta viremia, expondo o parceiro não infectado a maior risco de aquisição do HIV através de relações sexuais desprotegidas. A maioria adquiriu o HIV nos seis meses anteriores à concepção e durante os primeiros seis meses de gravidez, indicando que os casais se envolvem em práticas de risco a fim de conceber.

A probabilidade de transmitir o HIV quando o sêmen contém 100.000 cópias/ml de RNA do HIV é de 1 por 100 intercursos sexuais e quando contém 1.000 cópias/ml de RNA do HIV, é de 3 por 10.000⁴. Na infecção aguda pelo HIV existe aumento da excreção genital do vírus o que aumenta a transmissão⁶.

Portanto, existe forte correlação entre a carga viral sanguínea e a dos fluidos sexuais, embora não seja possível afirmar que a carga viral sanguínea indetectável corresponda necessariamente à carga viral indetectável no sêmen ou fluidos vaginais^{7,8}. Em outras palavras, uma redução da carga viral para níveis indetectáveis diminui muito (se não elimina) o risco de transmissão do HIV como mostrado por repetidos estudos⁹.

Estudos mais recentes encontraram efeitos ainda melhores, sugerindo que o regime de tratamento de alta potencia está associado à redução ainda maior na transmissão do HIV¹⁰.

Sabe-se que a administração de TARV no parceiro infectado reduz em 96% o risco de transmissão horizontal¹¹. Assim, o tratamento antirretroviral é uma medida poderosa para prevenir a transmissão do HIV em casais sorodiscordantes.

Transmissão Vertical do HIV

A taxa de transmissão vertical do HIV é cerca de 30% sem qualquer intervenção. Entretanto, em gestações planejadas, com intervenções adequadas e realizadas no momento oportuno, este risco pode ser reduzido para menos de 1%.

Portanto, deve ser ofertado para todas as gestantes o teste anti-HIV na primeira consulta do pré-natal, no início do terceiro trimestre da gestação e no momento do parto, independentemente destes terem sido realizados durante a gestação¹². Maman recomenda a realização do teste anti-HIV de repetição durante a gravidez e amamentação¹³.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

Recomendações para a gestante HIV positiva¹⁴:

Uso de terapia antirretroviral de alta potência durante a gestação, para fins de profilaxia da transmissão vertical do HIV e/ou para tratamento da mulher (uma vez iniciada a terapia antirretroviral, esta deverá ser mantida);

- Utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto; mesmo se a mulher for AZT resistente;
- Parto vaginal segundo indicação obstétrica nas gestantes com carga viral menor que 1000 cópias/ml;
- Cesárea eletiva a partir da 34ª semana de gravidez na gestante com carga viral maior ou igual a 1.000 cópias/ml, ou com carga viral desconhecida, ou ainda por indicação obstétrica;
- Administração de AZT oral para o recém-nascido, do nascimento até 28 dias de vida; ou AZT por 42 dias associado a 3 doses da nevirapina caso a mãe não tenha feito profilaxia durante a gestação^{15,16};
- Inibição de lactação¹⁶ associada ao fornecimento de fórmula láctea infantil¹⁷ ao recém-nascido exposto.

Recomendações para gestantes HIV negativo com parceiro HIV positivo:

- Reforçar o uso consistente de preservativo durante toda a gestação e no período de amamentação, pelo risco de transmissão do HIV para a mulher e a criança. Ressalta-se que a soro conversão para o HIV é sempre acompanhada de alta viremia com risco ampliado de transmissão do vírus para o bebê;
- Avaliar a necessidade de PEP sexual caso ocorra relação sexual de risco (sem uso de preservativo ou rompimento de preservativo). A decisão sobre a iniciação de PEP deve ser feita caso a caso, levando em considera-





ção o risco associado à exposição, a carga viral e os riscos e benefícios da terapia antirretroviral. Recentemente tem sido discutida, a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) como alternativa na prevenção da transmissão do HIV para a mãe e considerando o risco de transmissão durante a amamentação¹³.

Referências Bibliográficas

1. Paiva, V. et al. **Sem direito de amar?: a vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV.** Psicologia USP, v.13, n.2, p.105-133, 2002.
2. Barbosa RM, Cabral C, Pinho **A Female Sterilization among WLHIV in post-HA-ART era: a matter of choice?** In: XIX International Aids Conference, 2014, Melbourne. XX International Aids Conference Proceedings, 2014.
3. Cliffe S, Townsend CL, Cortina-Borja M, Newell ML. **Fertility intentions of HIV-infected women in the United Kingdom.** AIDS Care 2011;23:1093.
4. Project Study Group.Quinn TC, Wawer MJ, Sewankambo N, Serwadda D, Li C, Wabwire-Mangen F, Meehan MO, Lutalo T, Gray RH. **Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai N** Engl J Med. 2000 Mar 30;342(13):921-9.
5. Brubaker SG, Bukusi EA, Odoyo J et al. **Pregnancy and HIV transmission among HIV-discordant couples in a clinical trial in Kisumu, Kenya.** HIV Medicine 2011;12:316–32.1
6. Pilcher et al , **Acute HIV and Sexual transmission**, JID 2004;189 (45 may).
7. Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais **Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV - Suplemento III - Tratamento e prevenção.** 2008.
8. Attia S, Egger M, Muller M et al. **Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy:** systematic review and meta-analysis. AIDS 2009; 23: 1397-1404.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

9. Savasi V, Mandia L, Laoreti A, Cetin **Reproductive assistance in HIV serodiscordant couples**. Hum Reprod Update. 2013 Mar-Apr;19(2):136-50. doi: 10.1093/humupd/dms046. Epub 2012 Nov.
10. Reynolds SJ, Makumbi F, Nakigozi G, Kagaayi J, Gray RH, Wawer M, Quinn TC Serwadda D. **HIV-1 transmission among HIV-1 discordant couples before and after the introduction of antiretroviral therapy**. AIDS 2011;25:4.
11. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. **Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy**. N Engl J Med 2011;365:493-505.
12. São Paulo. **Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS nº 74**, de 23 de junho de 2014. Diário Oficial do Estado de São Paulo, Nº 115 – DOE de 24/06/14 –Seção 1 p. 23.
13. Maman, D et al. **Most breastfeeding women with high viral load are still undiagnosed in sub-Saharan Africa**. 2015. Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (CROI), Seattle, USA, abstract 32, 2015.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes**. Brasília, 2010.
15. Brasil. Ministério da Saúde. Departamento Nacional de DST, Aids e Hepatites **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**, Brasília, 2014.
16. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Ministério da Saúde - Nº 2104, de 19 de novembro de 2002**.
17. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Ministério da Saúde - Nº 1930, DE 09 de outubro de 2003**.





Planejamento reprodutivo na pré concepção

As estratégias para reduzir o risco de transmissão do HIV na fase anterior à concepção estão voltadas tanto para casais soroconcordantes como para soro-discordantes.

Estratégias para casais sorodiscordantes (Quadro 1):

SITUAÇÃO 1: MULHER HIV+ E HOMEM HIV- (REDUZIR RISCO DE TRANSMISSÃO PARA O HOMEM).

Autoinseminação vaginal programada:

O método mais viável parece ser a autoinseminação vaginal programada para o período fértil², da mulher a cada dois dias, pois elimina a necessidade de relações sexuais sem o uso do preservativo masculino, com redução de risco do HIV de 100%^{1,2,3,4,5}. É um procedimento simples, de fácil realização, com baixo custo e não necessita tecnologias sofisticadas.

Passos para inseminação vaginal de sêmen:

1. Em um dia fértil do ciclo menstrual, utilizar preservativo sem espermicida durante a relação sexual. O sêmen pode ser coletado diretamente do preservativo ou, se preferir pode ser coletado em um copo limpo após a ejaculação.
2. Utilizar uma seringa de plástico sem agulha para coletar o sêmen.

²Período fértil - ocorre durante os 5 dias que antecedem a ovulação até 1-2 dias que a sucedem. Em um ciclo de 28 dias, corresponde à segunda e ao início da terceira semana.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

3. Introduzir na vagina, o mais alto (profundo) possível, a seringa (sem agulha) com o sêmen coletado de preferência imediatamente após a ejaculação.
4. A mulher deve permanecer deitada por pelo menos 30 minutos após a inserção.
5. Os passos 1 a 4 podem ser repetidos **a cada dois dias** durante o período fértil.

Caso a concepção não ocorra após 12 ciclos de autoinseminação nos casais em que não tenha sido identificada nenhuma evidência de infertilidade, a opção é pela manutenção de autoinseminação por mais 12 a 24 meses (a taxa de gestação cumulativa esperada para casais com infertilidade sem causa aparente ao longo de 36 meses de tentativas é de 55%)⁶.

A chance de concepção pode ser maximizada em mulheres com ciclos regulares (intervalos de 24 a 28 dias) se o casal iniciar a autoinseminação logo após o término do fluxo menstrual, em dias alternados, e manter esta periodicidade até o período ovulatório⁷.

Circuncisão médica:

Estudos evidenciaram que a circuncisão de homens HIV negativo reduz o risco de infecção pelo HIV em 50-60%^{8,9,10}. Já para homens infectados, a circuncisão apresentou resultados conflitantes na diminuição do risco de transmissão para as mulheres^{11,12}. É importante ressaltar ainda que o reinício da atividade sexual deve ocorrer apenas após adequada cura pós circuncisão.

SITUAÇÃO 2: HOMEM HIV+ E MULHER HIV- (REDUZIR RISCO DE TRANSMISSÃO PARA A MULHER)

Concepção natural planejada durante o período fértil da mulher

Estudos têm apontado que o início precoce dos antiretrovirais reduz o risco de transmissão do HIV, principalmente entre heterossexuais^{13,14,15,16,17}. Esta estra-





tégia é mais eficaz na prevenção da transmissão do HIV que todas as intervenções comportamentais ou prevenções biomédicas testadas até hoje, incluindo o uso do preservativo, circuncisão masculina, microbicidas vaginais, vacinação contra o HIV e a profilaxia pré-exposição.

O uso da terapia antirretroviral quando acompanhado de carga viral sanguínea indetectável reduz o risco de transmissão sexual do HIV entre casais heterossexuais sorodiscordantes (redução de 92%¹⁵, 96%¹⁶ e 100%¹⁸).

Recentemente, a comissão Suíça de HIV incluiu nas suas diretrizes esta possibilidade sob condições específicas: o paciente HIV deve estar em uso de terapia antirretroviral com excelente adesão, ter a carga viral no sangue indetectável nos últimos 6 meses e nenhum dos parceiros portar DST.

Com base nesses estudos, existe a possibilidade da concepção natural planejada, que deve ocorrer apenas durante o período fértil da mulher para não aumentar, desnecessariamente, o risco de transmissão sexual do HIV e outras DST. O casal deve ser informado sobre os riscos de transmissão que existem com essa estratégia, que deve ser evitada caso a pessoa soropositiva não faça uso de antirretrovirais, esteja com carga viral sanguínea detectável apesar do tratamento ou com DST.

Segundo a literatura existe também a possibilidade da concepção natural planejada durante o período fértil da mulher ser associada a utilização de profilaxia pré exposição sexual (PrEP) na mulher soronegativa.

No Brasil a recomendação de utilização de PrEP ainda não consta do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para manejo da infecção do HIV em adultos do Ministério da Saúde. Entretanto, como alternativa à lavagem de espermatozoides, procedimento de alto custo, alguns estudos têm discutido a profilaxia pré exposição sexual como uma das várias opções para proteger o parceiro não infectado durante a concepção e gravidez^{7,19,20}.

Nestes estudos nenhum dos parceiros do sexo feminino apresentou soroc conversão para o HIV e foram encontradas taxas de gravidez mais altas do que as previamente relatadas para inseminação intrauterina com sêmen processado (lavado).

Para reduzir o risco de transmissão sexual quando se utiliza a PrEP, estes estudos apresentam como diretrizes:





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

1. Adiar a tentativa de concepção até que o parceiro HIV positivo esteja em uso de terapia antirretroviral e com carga viral indetectável por pelo menos 6 meses.
2. Avaliar e confirmar a inexistência de sintomas de infecções genitais no casal.
3. Não ter sexo desprotegido com outros parceiros.
4. Iniciar a PrEP no parceiro não infectado antes do período fértil. Apesar de a proteção ser conferida no prazo de 24 h após a primeira dose, pode-se iniciar a PrEP no começo da menstruação para garantir proteção máxima (com base na farmacocinética e comportamento humano) durante o período fértil⁷.
5. Encorajar a descontinuidade da PrEP pela gestante (devido ao custo e toxicidade) e retomar o uso do preservativo, assim que a gravidez for confirmada, uma vez que a gestação está associada a um risco aumentado de aquisição do HIV⁷.
6. Recomendar o uso de preservativo consistente durante o aleitamento pelo risco da transmissão do HIV para a mulher e conseqüentemente para o filho.

Para o CDC ²⁰, o uso diário do tenofovir (TDF) 300mg em combinação com a emtricitabina (FTC) 200 mg é uma opção segura e eficaz de prevenção para homens e mulheres heterossexuais ativos adultos que estão em risco substancial de aquisição do HIV. Recomenda a discussão da utilização da PrEP como uma das várias opções para proteger a mulher soronegativa durante a concepção e gravidez.

Discutir as diferentes possibilidades com as informações técnicas disponíveis é vital para que o casal possa tomar uma decisão informada sobre os benefícios e os riscos para a mãe e o bebê.

A profilaxia pós-exposição (PEP) não foi testada para concepção e seu uso não tem evidência de qualquer benefício para este fim²¹.





Lavagem do esperma com a realização de pesquisa de detecção viral:

Recomenda-se a técnica de lavagem de esperma para eliminar a presença do vírus no sêmen e posterior inseminação artificial^{22,23,24,25,26}

Apesar do HIV estar presente no sêmen, por um motivo ainda desconhecido, não consegue penetrar no espermatozóide vivo. Assim, técnicas de laboratório isolam os espermatozoides a partir do plasma seminal e leucócitos²².

A lavagem de esperma não pode ser realizada em pacientes com oligo ou azoospermia, pois a recuperação dos espermatozoides do epidídimo e testículo muitas vezes é insuficiente.

A lavagem de esperma consiste na filtragem dos espermatozoides móveis, separando-os do resto do sêmen, permitindo que um homem soropositivo e uma mulher soronegativa para o HIV tenham filhos com maior segurança²⁷.

A experiência acumulada com técnicas de reprodução é de 3.215 casais aconselhados, levando a 1.320 crianças nascidas¹³. Não foi relatada soroconversão para o HIV. Com esta técnica a ocorrência de gravidez é de 50%^{1,28}.

Apesar dos trabalhos sugerirem que o processo é seguro e eficaz, o acesso a este método ainda é um grande desafio devido aos custos e disponibilidade limitada^{2,3}.

O "lavado" ou o processamento de espermatozoides são realizados nos casos de inseminação intra-uterina ou fertilização in-vitro, com ou sem injeção intracitoplasmática de espermatozoides^{26,26}.

A inseminação intrauterina consiste em depositar no útero espermatozoides que foram isolados em laboratório, para facilitar a fecundação do óvulo. Quando se realiza a indução da ovulação ocorre aumento da taxa de sucesso gestacional.

A fertilização in vitro promove o encontro do óvulo com o espermatozóide fora do organismo da mulher, em laboratório. Esta técnica é utilizada em casos de infertilidade, somente em clínicas especializadas.

É importante orientar o casal sobre os limites e as possibilidades de tais procedimentos, para o enfrentamento realístico da situação, já que é frequente a idealização de que os procedimentos de reprodução assistida garantem a concepção. O insucesso dos procedimentos costuma desencadear sentimentos intensos de frustração e tristeza.



Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

Quando o casal apresentar problemas de fertilidade ou a técnica usada não for bem sucedida, pode haver necessidade da indicação de outro procedimento, como a fertilização in vitro.

QUADRO 1 – ESTRATÉGIAS PARA REDUZIR O RISCO DE TRANSMISSÃO DO HIV NA PRECONCEPÇÃO EM PARES SORODISCORDANTES⁷

PARES SEXUAIS	MÉTODO	REDUÇÃO DE RISCO	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Mulher HIV+ e homem HIV-	Autoinseminação	100 %	2A
	Circuncisão Médica	66%	1A
Homem HIV+ e mulher HIV-	Lavagem de esperma e inseminação intrauterina ou fertilização in vitro	~100%	2A
	Sexo sem preservativo no período fértil	Desconhecido	1A
	TARV para parceiro HIV com sexo sem preservativo	96%	2B
	PrEP (oral, uso diário FTC/TDF) para mulher negativa	63-75%	1 ^a
	Tratamento de DST	Menor igual a 40%	1B

Níveis de evidência e graus de recomendação para os aspectos de tratamento, prevenção ou etiologia:

1a Revisão sistemática de ensaios clínicos, com homogeneidade

1b Ensaios clínicos randomizados individuais com intervalos de confiança estreitos



1c Séries “tudo ou nada”

2a Revisão sistemática de estudos de coorte, com homogeneidade

2b Estudos de coorte individuais (inclui ensaios clínicos de baixa qualidade)

2c Pesquisa de desfechos e estudos ecológicos

3a Revisão sistemática de estudos caso-controle, com homogeneidade

3b Estudos caso-controle individuais

4 Séries de casos ou estudos de coorte / caso-controle com menor qualidade

5 Opinião de especialistas sem revisão crítica explícita, ou baseada em fisiologia, ou em pesquisa de bancada.

Grau de recomendação

A Estudos consistentes de nível 1

B Estudos consistentes de nível 2 ou 3 ou extrapolação de estudos de nível 1

C Estudos de nível 4 ou extrapolação de estudos de nível 2 ou 3

D Evidência de nível 5 ou estudos inconsistentes ou inconclusivos de qualquer nível

Estratégias para casais soroconcordantes:

Os casais soroconcordantes com tratamento eficaz (ambos com carga viral indetectável e ausência de DST e doença pélvica) podem realizar a concepção natural informada^{29,30,31}.

Referências Bibliográficas

1. Lo JC, Schambelan M. Reproductive function in human immunodeficiency virus infection. *J Clin Endocrinol Metab* 2001;86:2338–2343.
2. Sedgh G, Larsen U, Spiegelman D, Msamanga G, Fawzi WW. **HIV-1 disease progression and fertility in Dar es Salaam, Tanzania.** *J Acquir Immune Defic Syndr* 2005;39:439–445.
3. Chadwick et al. **Safer conception in HIV infection**, vol19 issue 4 November 2011. **Ver a revista.**
4. Harris C, Small CB, Klein RS et al. **Immunodeficiency in female sexual partners of men with the acquired immunodeficiency syndrome.** *N Engl J Med* 1983; 308-1181-1184.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

5. Piot P, Quinn TC, Taelman H et al. **Acquired immunodeficiency syndrome in a heterosexual population in Zaire.** Lancet 1984;2:65-9.
6. Akande VA, Hunt LP, Cahill DJ, Jenkins JM. **Differences in time to natural conception between women with unexplained infertility and infertile women with minor endometriosis.** Hum Reprod. 2004 Jan;19(1):96-103.
7. Matthews et al. **Antiretrovirals and safer conception for HIV-serodiscordant couples.** Curr Opin HIV AIDS. 2012 November; 7(6): 569-578. doi:10.1097/COH.0b013e328358bac9.
8. Auvert B, Taljaard D, Lagarde E et al. **Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 trial.** PLoS Med 2005;2:e298.
9. Bailey RC, Moses S, Parker CB et al. **Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomized controlled trial.** Lancet 2007;369:643-656. 27.
10. Gray RH, Kigozi G, Serwadda D et al. **Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomized trial.** Lancet 2007;369:657-66.
11. Wawer MJ, Makumbi F, Kigozi G et al. **Randomized Trial of Male Circumcision in HIV-infected Men: Effects on HIV Transmission to Female Partners, Rakai, Uganda.** Lancet 2009; 374: 229-237.
12. Matovu JK. **Preventing HIV transmission in married and cohabiting HIV-discordant couples in sub-Saharan Africa through combination prevention.** Curr HIV Res 2010; 8:430-40.
13. Savasi V, Mandia L, Laoreti A, Cetin. **Reproductive assistance in HIV serodiscordant couples.** Hum Reprod Update. 2013 Mar-Apr;19(2):136-50. doi: 10.1093/humupd/dms046. Epub 2012 Nov.
14. Attia S, Egger M, Muller M et al. **Sexual transmission of HIV according to viral load and antiretroviral therapy: systematic review and meta-analysis.** AIDS 2009; 23: 1397-1404.





15. Donnell D, Baeten JM, Kiarie J, Thomas KK, Stevens W, et al. **Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis.** Lancet 375: 2092–2098. 2010.
16. Cohen MS, Chen YQ, McCauley M, Gamble T, Hosseinipour MC, Kumarasamy N, et al. **Prevention of HIV-1 infection with early antiretroviral therapy.** N Engl J Med 2011;365:493-505.
17. Wilson DP, Law MG, Grulich AE, Cooper DA, Kaldor JM. **Relation between HIV viral load and infectiousness: a model-based analysis.** Lancet 2008;372:314–320.
18. Barreiro P, Castilla JA, Labarga P, Soriano V. **Is natural conception a valid option for HIV-serodiscordant couples?** Hum Reprod 2007;22:2353–2358.
19. Vernazza PL, Graf I, Sonnenberg-Schwan U, Geit M, Meurer A. **Pre-exposure prophylaxis and timed intercourse for HIV-discordant couples willing to conceive a child.** AIDS 2011;25:2005–2008.
20. CDC. **Preexposure Prophylaxis for the Prevention of HIV Infection in the United States– 2014.** Clinical Practice Guideline. Disponível em: <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/prepguidelines2014.pdf> . Acesso em 07 de abril de 2015.
21. Cliffe S, Townsend CL, Cortina-Borja M, Newell ML. **Fertility intentions of HIV-infected women in the United Kingdom.** AIDS Care 2011; 23:1093.
22. Semprini AE, Levi-Setti P, Bozzo M, et al. **Insemination of HIV-negative women with processed semen of HIV-positive partners.** Lancet. 1992; 340:1317–1319. [PubMed: 1360037.
23. Oxford Center for Evidence Based Medicine. **Levels of evidence and grades of recommendation. Oxford, 2001.** Disponível em: <<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 10 mar 2013.
24. N. Siegfried, M. Muller, J. J. Deeks, and J. Volmink. **Male circumcision for prevention of heterosexual acquisition of HIV in men,”** Cochrane Database of Systematic Reviews, no. 2, Article ID CD003362, 2009.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

25. Politch JA, Anderson DJ. **Use of assisted reproductive technology to prevent the transmission of HIV-1 in HIV-discordant couples desiring children.** Immunol Allergy Clin North America. 2002; 22:663–679. 46.
26. Sauer MV, Wang JG, Douglas NC, et al. **Providing fertility care to men seropositive for human immunodeficiency virus: reviewing 10 years of experience and 420 consecutive cycles of in vitro fertilization and intracytoplasmic sperm injection.** Fertil Steril. 2009; 91:2455–2460. [PubMed: 18555235].
27. Faúndes, D. Reprodução assistida e HIV/AIDS. In: MAKSDU, I. **Conjugalidade e AIDS: a questão da sorodiscordância e os serviços de saúde.** Rio de Janeiro: ABIA, 2002.
28. Zaba B, Terceira N, Mason P, Gregson S. **The contribution of HIV to fertility decline in rural Zimbabwe, 1985–2000.** Popul Stud (Camb) 2003;57:149–164.
29. Van der Kuyl AC, Kozaczynska K, van den Burg R, Zorgdrager F, Back N, Jurrians S, Berkhout B, Reiss P, Cornelissen M. **Triple HIV-1 infection.** N Engl J Med 2005;352:2557–2559.
30. Coll O, Lopez M, Vidal R, Figueras F, Suy A, Hernandez S, Lonca` M, Palacio M, Martinez E, Vernaeve V. **Fertility assessment in non-infertile HIV-infected women and their partners.** ReprodBiomed Online 2007;14:48) .
31. Matthews LT, Mukherjee JS. Strategies for harm reduction among HIV-affected couples who want to conceive. AIDS Behav 2009;13(Suppl. 1):5.





Planejamento reprodutivo na anticoncepção

Considerando que a decisão de ter ou não ter filhos é pessoal e/ou uma decisão do casal, que parte das pessoas não deseja ter filhos, que os métodos contraceptivos podem diminuir o risco de uma gestação não desejada e que o planejamento familiar é um direito de todo cidadão; a orientação sobre contracepção é fundamental (Lei n° 9.263 de 12/01/1996)¹.

A assistência em anticoncepção pressupõe a oferta de todas as alternativas de métodos anticoncepcionais aprovadas pelo Ministério da Saúde, bem como o conhecimento de suas indicações, contraindicações e implicações de uso, garantindo à mulher, ao homem ou ao casal os elementos necessários para a opção livre e consciente do método que a eles melhor se adapte. Pressupõe, ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à usuária, independentemente do método escolhido².

Para que a orientação contraceptiva seja efetiva, o profissional deve considerar o desejo e a expectativa da usuária em relação ao método contraceptivo; a existência do desejo de ter filhos a curto, médio ou longo prazo; a adesão do usuário aos medicamentos de uso diário, mensal, trimestral; as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas; e as condições clínicas (comorbidades associadas) que podem ser agravadas pela prescrição de contracepção e uso de terapia antirretroviral.

Além de orientar sobre os métodos contraceptivos disponíveis no SUS é imprescindível informar e discutir sobre as taxas de falha/eficácia de cada método, os efeitos secundários, aceitabilidade, disponibilidade, facilidade de uso, reversibilidade e proteção às DST.

A escolha final do método a ser prescrito é sempre da usuária ou do casal¹.

Sabe-se que curtos intervalos entre as gestações (intervalo entre o último parto e a gestação seguinte inferior a 18 meses) são considerados um fator de risco para aumento de morbimortalidade materna e neonatal (prematuridade, baixo peso e restrição de crescimento) em qualquer mulher³⁻⁴.



Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

Portanto, ressalta-se o reforço da orientação contraceptiva no período pós parto das mulheres vivendo com HIV para manter um intervalo intergestacional adequado, pois em função do risco de transmissão vertical a lactação deve ser inibida e a amamentação não deve ser realizada.

Nenhum método é isento de falhas e o uso correto às minimiza. Cada contraceptivo possui uma taxa de falha inerente ao método e uma associada a forma como é utilizado⁵. Considerando que há um uso perfeito e um uso típico, quanto mais dependente da usuária for o método para manter sua eficácia, maior será a diferença das taxas de falha entre ambas as formas de utilização.

Assim, métodos que independem da usuária para manter sua eficácia (dispositivo intrauterino, implante e método cirúrgico) são mais eficientes para mulheres com fatores associados à baixa adesão, por exemplo, adolescentes e usuárias de álcool e outras drogas. A Tabela 1 mostra as taxas de falhas e de continuidade de cada método em um ano de uso do mesmo.

TABELA 1 - PERCENTUAL DE MULHERES SEGUNDO FALHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO DURANTE O PRIMEIRO ANO DE USO (TÍPICO OU PERFEITO) E PERCENTUAL DE CONTINUIDADE DO USO AO FINAL DO PRIMEIRO ANO*

MÉTODO	TAXA DE FALHA (%) EM 100 MULHERES EM 1 ANO DE USO		TAXA DE CONTINUIDADE (%) APÓS 1 ANO
	Uso típico	Uso perfeito	
Nenhum	85	85	Não se aplica
Espemicida	28	18	42
Coito interrompido	22	4	46
Abstinência periódica	24	0,4-5	47
Diafragma	12	6	57
Preservativo			
Feminino	21	5	41
Masculino	18	2	43



MÉTODO	TAXA DE FALHA (%) EM100 MULHERES EM 1 ANO DE USO		TAXA DE CONTINUIDADE (%) APÓS 1 ANO
	Uso típico	Uso perfeito	
Pílula (combinada ou apenas de progestagênio)	9	0,3	67
Adesivo / Anel	9	0,3	67
Injetável trimestral	6	0,2	56
Injetável mensal	3	0,05	56
DIU			
Cobre (T380A)	0,8	0,6	78
SIU-LNG**	0,2	0,2	80
Implante liberador de etonogestrel	0,05	0,05	84
Cirúrgicos			
Vasectomia	0,15	0,1	100
Ligadura tubária	0,5	0,5	100

*Adaptada de Trussell (2011)²

**SIU-LNG: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

Mulheres que vivem com HIV

Nenhum método contraceptivo (hormonal ou o dispositivo intrauterino) foi associado à piora da condição imunológica em mulheres vivendo com HIV, seja medida pelos linfócitos T CD4+ ou carga viral⁶⁻⁷

A presença de HIV, por si só, não contraindica o uso de qualquer método contraceptivo, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza evitar o uso de espermicidas e diafragma nestas mulheres pelo risco de microfissuras na parede vaginal.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

As mulheres que vivem com HIV apresentam mais comorbidades. Na coinfeção com o vírus da hepatite B e/ou C o portador crônico pode usar qualquer método (hormonal ou não hormonal), desde que apresente no máximo cirrose leve. Na presença de cirrose grave, os métodos hormonais devem ser evitados.

Além disto, a TARV também pode acrescentar morbidade metabólica a estas mulheres, como por exemplo, a dislipidemia.

Quando o antirretroviral utilizado é metabolizado por meio da enzima CYP3A4 do complexo P450, pode haver interação com contraceptivos hormonais, pois utilizam a mesma via metabólica⁸⁻⁹. Nesta situação, ambas as classes de drogas podem ter sua concentração sérica alteradas.

Para facilitar a prescrição de contraceptivos a Organização Mundial de Saúde publicou uma orientação (Tabelas 2 e 3) para as usuárias de TARV⁸. Esta orientação também é compartilhada pelo *The American College Of Obstetricians And Gynecologists* (ACOG)⁹, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO)¹⁰ e pelo *Center for Disease Control and Prevention* (CDC)¹¹.

Antes da prescrição de qualquer método contraceptivo deve-se consultar os critérios de elegibilidade da OMS (2014)⁸, objetivando não agravar distúrbios metabólicos pré-existentes com sua prescrição, e evitar interações medicamentosas.

TABELA 2 - CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE MÉDICA PARA OS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS SEGUNDO A OMS, 2000*

CATEGORIA	CLASSIFICAÇÃO	JULGAMENTO CLÍNICO
1	Não há restrição ao uso do método contraceptivo.	Utilize o método em quaisquer circunstâncias
2	As vantagens em utilizar-se o método geralmente superam aos riscos, teóricos ou provados.	Utilizar de modo geral o método





CATEGORIA	CLASSIFICAÇÃO	JULGAMENTO CLÍNICO
3	Os riscos, comprovados ou teóricos, superam as vantagens do uso do método.	Não é recomendado uso do método, a menos que, métodos mais adequados não estejam disponíveis ou, não sejam aceitáveis.
4	Risco de saúde inaceitável caso o método anticoncepcional seja utilizado	Não utilizar o método (proscrito)

*Adaptada de WHO, 2000

TABELA 3 – CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA USO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS EM USUÁRIAS DE TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

TARV	ORAL COMBINADO, INJETÁVEL MENSAL, PÍLULA APENAS DE PROGESTAGÊNIO, ANEL E ADESIVO	ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA DE DEPÓSITO (INJETÁVEL TRIMESTRAL)	IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL	SISTEMA INTRAUTERINO LIBERADOR DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG), DIU-COBRE
INTR	1	1	1	2/3*
INNTR	2	1	2	2/3*
IP + Ritonavir	3**	1	2	2/3*
Inibidor da Integrase	1	1	1	2/3*

Adaptada WHO, 2014⁸

INTRN: inibidor nucleosídeo da transcriptase reversa, ITRNN: inibidor não nucleosídeo da transcriptase reversa, IP: inibidor de protease.

* Quando a usuária apresenta aids, com CD₄ geralmente abaixo de 200 células/mm³, **a inserção do DIU-Cobre ou do SIU-LNG é categoria 3.**

** Tem-se como norma não usar métodos hormonais orais (independente se combinado ou apenas de progestagênio).





Métodos contraceptivos para mulheres vivendo com HIV:

1.Preservativos masculino e feminino

Os preservativos (masculino e feminino) permanecem como os únicos meios que oferecem dupla proteção, reduzem a transmissão do HIV e de outras DST, além de evitar a gestação.

Entretanto, utilizar o preservativo como método único para planejamento reprodutivo requer bastante engajamento do casal na sua adesão e uso correto, uma vez que as taxas de falha associadas ao seu uso típico variam entre 18 a 21%⁵. Assim, é recomendável associar outro método ao uso do preservativo.

2,DIU-Cobre ou do SIU-LNG

Em relação ao DIU-Cobre ou do SIU-LNG, quando a usuária apresenta aids, com CD4 geralmente abaixo de 200 células/mm³, sua inserção recai na categoria 3 e deve ser postergada para o momento em que o CD4 for superior a este valor e/ou que a doença definidora de aids tenha sido resolvida.

No caso da mulher já estar utilizando previamente o DIU-Cobre/SIU-LNG e os valores do CD4 se reduzirem para menos de 200 células/mm³, eles não precisam ser retirados, a continuação do método é considerada categoria 2.

Isto porque o uso do DIU-Cobre/SIU-LNG disponíveis atualmente não aumenta o risco de doença inflamatória pélvica (DIP) de três semanas até 8 anos da inserção do DIU. Porém, nas primeiras 3 semanas da inserção pode haver aumento do risco de DIP (de 1,4 casos/1000 mulheres para 9,7 casos/1000 mulheres) por manipulação intrauterina¹².

A presença de HIV por si só não restringe o uso de DIU, uma vez que não aumenta o risco de DIP, tendo sido documentada a mesma incidência que em mulheres não portadoras de HIV¹³ (independente se de cobre ou de levonorgestrel).

Há experiência limitada com SIU-LNG, mostrando ausência de interferência na biodisponibilidade do levonorgestrel¹⁴.





3. Métodos hormonais orais (combinado ou apenas de progestagênio)

Os métodos hormonais orais (independente se combinado ou apenas de progestagênio) não devem ser utilizados concomitantemente com TARV composta com ritonavir como adjuvante (especialmente o Lopinavir/ritonavir – LPV/r), nem com o Efavirenz (um ITRNN). Nesses casos ocorre redução de mais de 60% na biodisponibilidade dos contraceptivos hormonais¹⁵⁻¹⁶.

4. Métodos hormonais combinados não-orais (anel, adesivo e injetável mensal)

A OMS recomenda evitar métodos hormonais combinados não-orais (anel, adesivo e injetável mensal) em vigência de uso de IP, pois estes métodos não foram testados quanto a sua segurança⁸.

Dos métodos combinados não orais, apenas o adesivo foi avaliado, entretanto os resultados são controversos em relação a biodisponibilidade do hormônio na interação com os antirretrovirais¹⁷⁻¹⁸.

Assim, prescrições sem a devida atenção podem expor as mulheres que vivem com HIV a gestações indesejadas e a doses subterapêuticas dos esquemas de TARV. No entanto, é importante frisar que ainda existem poucos estudos e que estas informações podem mudar com mais evidências futuras.

5. Hormônio de progestagênio injetável trimestral

Atualmente o hormônio de progestagênio injetável trimestral é o mais utilizado por não comprometer a biodisponibilidade do hormônio^{19,20} nem interferir na progressão da aids em PVHIV.

6. Implante liberador de etonogestrel

A OMS autoriza o uso do implante liberador de etonogestrel em concomitância com qualquer antirretroviral, com algumas ressalvas.

Com os inibidores de protease que apresentam o ritonavir como *booster*, há aumento da concentração de etonogestrel, o que potencializa seu efeito, mantendo sua eficácia. Como é um método de progestagênio isolado, não se espera aumento de efeitos adversos graves.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

No entanto, quando o implante de ENG é utilizado com efavirenz, há redução de 50% das concentrações de ENG, o que pode prejudicar sua eficácia²¹⁻²². Assim, há duas possibilidades:

- a) evitar o uso deste método em usuárias de efavirenz ou
- b) trocar com 2 anos (a validade é de 3 anos). Esta possibilidade não foi alvo de estudos, sendo só recomendada quando a mulher não se adaptou/ou não deseja nenhum outro método.

7. Métodos definitivos

Os métodos anticoncepcionais definitivos são procedimentos que resultam na esterilização do homem (vasectomia) ou da mulher (ligadura de trompas).

A ligadura das trompas é feita por várias técnicas, como a minilaparotomia, laparotomia, laparoscopia, culdotomia, culdoscopia e histeroscopia. Ainda não há recomendações específicas em relação a métodos definitivos por via trans-cervical (Essure, Adiana).

A esterilização voluntária em homens ou mulheres está regulamentada pela portaria 048/99 do Ministério da Saúde²³.

Informações recentes e atualizadas sobre a interação entre contraceptivos hormonais e todos os tipos de TARV podem ser obtidas no site: <http://www.hiv-druginteractions.org>.

SUMÁRIO DAS RECOMENDAÇÕES SOBRE CONTRACEPÇÃO:

- Fazer a discussão de eficácia dos métodos contraceptivos, procurando sempre que possível, associar o preservativo métodos de maior eficácia;
- Em usuárias de TARV que contenha efavirenz ou IP com ritonavir como adjuvante, não usar nenhum método contraceptivo oral e nem os combinados independentes da via. Nestas situações são permitidos o injetável trimestral, o implante e os dispositivos intrauterinos (observando-se a contagem de CD4). O DIU pode ser inserido quando a contagem de CD4 for superior a 200 células/mm³. O implante de etonogestrel deve ser evitado em uso concomitante com efavirenz;
- Lembrar que o responsável pela escolha final do método a ser prescrito (após orientação da equipe de saúde) é a mulher ou casal;
- Se existir coinfeção ou comorbidade, consultar os critérios de elegibilidade da OMS8 para avaliar se o contraceptivo pode afetar de forma negativa a doença.





Mulheres HIV negativo com parceiro HIV positivo

Em casais sorodiscordantes em que a mulher é negativa, o uso de diafragma e espermicida é contraindicação absoluta pelo aumento de risco de contrair HIV pelas microfissuras⁸.

Alguns estudos mostraram aumento de risco para aquisição de HIV por mulheres soronegativas que usavam hormônio injetável trimestral²⁴⁻²⁵ enquanto outros estudos não mostraram tal associação²⁶⁻²⁷. Segundo a OMS as evidências atuais não permitem concluir que o injetável trimestral esteja de fato associado ao aumento de risco para aquisição de HIV²⁸. Assim, o injetável trimestral pode ser prescrito em mulheres com risco de contrair HIV e o uso de preservativo (masculino ou feminino) deve ser estimulado nestas mulheres.

Adolescentes

Na saúde pública, a prevenção de gestação na adolescência e sua reincidência são temas prioritários na saúde da adolescente que vive com HIV, que englobam aspectos reprodutivos, sociais, econômico e de curso de vida^{29,30}.

Atualmente no país, das 7.219 gestantes com HIV, 0,9% tem entre 10 e 14 anos e 15% entre 15 e 19 anos. No estado de São Paulo, das 20.568 gestantes HIV notificadas, 59 tem até 14 anos de idade e 1559 de 15 a 19 anos, indicando a necessidade das adolescentes terem acesso a informações e os melhores métodos anticoncepcionais³¹⁻³².

As recomendações sobre os métodos anticoncepcionais na adolescência não diferem da mulher adulta e seguem os mesmos critérios de elegibilidade da OMS.

Há na literatura um novo entendimento sobre a anticoncepção na adolescência^{31,32,33} que prefere métodos de contracepção reversível de longa duração (implante subdérmico, dispositivo intrauterino de progesterônio ou cobre)³⁶⁻³⁵. Este método é recomendado como primeira opção pelo Colégio Americano de Obstetria e Ginecologia e pela Sociedade Brasileira de Pediatria^{34,36,37}.

É uma opção mais segura na prevenção da gestação e da sua recorrência, pois não há o risco de esquecimento como ocorre com outros métodos, como o injetável trimestral^{32,33,38,39}.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

Outro aspecto positivo do uso desse método é que a fertilidade retorna após sua interrupção, não tendo sequelas no sistema reprodutivo^{11,33,34,35,37}.

Deve-se ainda salientar que o aconselhamento, técnicas de amenização de dor na implantação do método e orientações sobre as possíveis mudanças no padrão menstrual, podem promover sucesso na contracepção reversível de longa duração^{40,41}.

Pouco se discute sobre anticoncepção de uma maneira segura, isso porque não se aborda abertamente a possibilidade de oferecer outro método anticonceptivo que não seja somente o preservativo. Cada método apresenta a sua taxa de falha em um uso típico, sendo recomendado um segundo método além do uso do preservativo. Em caso de falhas dos métodos contraceptivos, o uso da contracepção de emergência reduz a taxa de gestação não planejada⁴².

Referências Bibliográficas

1. **Lei nº 9.263 de 12/01/1996** Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm, acesso em: 23 dez 2014.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em Planejamento Familiar: Manual Técnico/Secretaria de Políticas de Saúde** – 4a edição – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
3. Conde-Agudelo A, Belizán JM. **Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study.** BMJ 2000, 321(7271):1255-9.
4. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. **Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis.** JAMA 2006, 295: 1809-23.
5. Trussel, **Contraceptive failure in the United States.** Contraception 2011;83:397-404.
6. Richardson BA, Otieno PA, Mbori-Ngacha D et al. **Hormonal contraception and HIV-1 disease progression among postpartum Kenyan women.** AIDS 2007, 21:749–53.





7. Cejtin HE, Jacobson L, Springer G et al. **Effect of hormonal contraceptive use on plasma HIV-1-RNA levels among HIV-infected women.** AIDS 2003, 17:1702-4.
8. World Health Organization. **Medical eligibility criteria for contraceptive use.** 4rd ed. Geneva: World Health Organization, 2014. Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/HC_and_HIV_2014/en/. Acesso em 28 novembro 2014.
9. ACOG Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 117: **Gynecologic care for women with human immunodeficiency virus.** ObstetGynecol 2010, 116(6):1492-509.
10. FEBRASGO. **Manual de Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para uso de Métodos Anticoncepcionais.** 2010.
11. Centers for Disease Control and Prevention. U.S. **Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010.** Adapted from the World Health Organization Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition. MMWR 2010;59 (No. RR4):1-85
12. ACOG Committee Opinion. **Increasing Use of Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy.** Obstetrics and Gynecology 2009, 114(6): 1434-8.
13. Stringer EM, Kaseba C, Levy J et al. **A randomized trial of the intrauterine contraceptive device vs hormonal contraception in women who are infected with the human immunodeficiency virus.** Am J ObstetGynecol 2007, 197:144.e1-144.e8
14. World Health Organization. **Hormonal contraception and HIV: technical statement, 2012.** Disponível em http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/Hormonal_contraception_and_HIV.pdf.
15. Robinson JA, Jamshidi R, Burke AE. **Contraception for the HIV-positive woman: a review of interactions between hormonal contraception and antiretroviral therapy.** Infect Dis Obstet Gynecol 2012. 2012:890160.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

16. Sevinsky H, Eley T, Persson A, Garner D, Yones C, Nettles R, Krantz K, Bertz R, Zhang J. **The effect of efavirenz on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and norgestimate in healthy HIV-negative women.** *Antivir Ther* 2011, 16(2): 149-56.
17. Vogler MA, Patterson K, Kamemoto L, Park JG, Watts H, Aweeka F, Klingman KL, Cohn SE. **Contraceptive efficacy of oral and transdermal hormones when co-administered with protease inhibitors in HIV-1-infected women: pharmacokinetic results of ACTG trial A5188.** *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2010, 55(4):473-82
18. Zhang J, Chung E, Yones C, Persson A, Mahnke L, Eley T, Xu X, Bertz R. **The effect of atazanavir/ritonavir on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and norgestimate in healthy women.** *Antivir Ther*. 2011;16(2):157-64
19. Cohn SE, Park JG, Watts DH, et al. **Depo-medroxyprogesterone in women on antiretroviral therapy: effective contraception and lack of clinically significant interactions.** *Clin Pharmacol Ther* 2007, 81(2): 222-7.
20. Nanda K, Amaral E, Hays M, Viscola MA, Mehta N, Bahamondes L. **Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination anti-retroviral therapy.** *Fertil Steril* 2008, 90:965-71.
21. Vieira CS, Bahamondes MV, de Souza RM, Brito MB, Rocha Prandini TR, Amaral E, Bahamondes L, Duarte G, Quintana SM, Scaranari C, Ferriani RA. **Effect of Antiretroviral Therapy Including Lopinavir/Ritonavir or Efavirenz on Etonogestrel-Releasing Implant Pharmacokinetics in HIV-Positive Women.** *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2014;66(4):378-85.
22. Perry SH, Swamy P, Preidis GA, Mwanyumba A, Motsa N, Sarero HN. **Implementing the Jadelle implant for women living with HIV in a resource-limited setting: concerns for drug interactions leading to unintended pregnancies.** *AIDS*. 2014; 28(5):791-3
23. Portaria 48/99 Ministério da Saúde, Dispõe sobre o planejamento família disponível em: <http://www.mprs.mp.br/infancia/legislacao/id2150.htm>, acesso 23 dez 2014.





24. Wand H, Ramjee G. **The effects of injectable hormonal contraceptives on HIV seroconversion and on sexually transmitted infections.** *AIDS* 2012, 26:375-80.
25. Heffron R, Donnell D, Rees H, et al. **Use of hormonal contraceptives and risk of HIV-1 transmission: a prospective cohort study.** *Lancet Infectious Diseases* 2012, 12:19-26.
26. Morrison CS, Skoler-Karpoﬀ S, Kwok C, et al. **Hormonal contraception and the risk of HIV acquisition among women in South Africa.** *AIDS* 2012, 26:497-504.
27. Reid SE, Dai JY, Wang J, et al. **Pregnancy, contraceptive use, and HIV acquisition in HPTN 039: relevance for HIV prevention trials among African women.** *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2010, 53:606-613.
28. World Health Organization. Hormonal contraception and HIV: technical statement, 2012. Disponível em : http://www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning/Hormonal_contraception_and_HIV.pdf.
29. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** 1.ed., 2. reimpr. 82p.: Editora do Ministério da Saúde, 2011.
30. Vincentiis S, Febrônio MV, Silva C A A, Saito M I, Takiuti A D, Valente K D R. **Sexuality in teenagers with epilepsy.** *Epilepsy & Behavior* 13 (2008) 703–706.
31. Wilson EK, Fowler CI, Koo HP. Postpartum contraceptive use among adolescent mothers in seven states. *J. Adolesc. Health*, 52:278-283, 2013.
32. Amy G. Bryant , Gretchen S. Stuart MD, Subasri Narasimhan MPH. A.G. Bryant et al. **Long-acting Reversible Contraceptive Methods for Adolescents with Chronic Medical Problems.** *J Pediatr Adolesc Gynecol* 25 (2012) 347-351.
33. Whitaker AK, Dude AM, Neustadt A, Gillian ML. **Correlates of use of long-acting reversible methods of contraception among adolescent and young adult women.** *Contraception*, 81:299-303, 2010.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

34. Committee opinion no. 539: **adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices**. Committee on **Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group**. *Obstet Gynecol*. 2012 Oct;120(4):983-8.
35. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. **The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception**. *Am J Obstet Gynecol*. 2010. 203(2):111-7.
36. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). U S. **Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010**. *MMWR Recomm Rep*. 2010 Jun 18;59(RR-4):1-86.
37. Curtis KM, Tepper NK, Jamieson DJ, Marchbanks PA.. **Adaptation of the World Health Organization's Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use for the United States**. *Contraception*. 2013 May;87(5):513-6.
38. Milne D, Glasier A. **Preventing repeat pregnancy in adolescents**. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology*, 20:442-446, 2008. Greenberg KB,
39. Majino KK, Coles MS. **Factors associated with provision of long-acting reversible contraception among adolescent health care providers**. *J. Adolesc. Health*, 52:372-374, 2013.
40. Teal SB, Romer E. **Awareness of long-acting reversible contraception among teens and young adults**. *J. Adolesc. Health*, 52:S35-S39, 2013.
41. Russo JA, Miller E, Gold MA. **Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC)**. *J. Adolesc. Health*, S14-S21, 2013.
42. Carten ML, Kiser JJ, Kwara A, Mawhinney S, Cu-Uvin S. **Pharmacokinetic Interactions between the Hormonal Emergency Contraception, Levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz**. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2012;2012:137192.





Anticoncepção de emergência

O objetivo da contraceção de emergência é evitar uma gravidez não planejada logo após relação sexual desprotegida ou falha de um método contraceptivo. Pode ser realizada através de pílula combinada, pílula apenas de progestagênio e DIU de cobre. Destes, o mais eficaz é o DIU de cobre, seguido da pílula de levonorgestrel e, por último, da pílula combinada em altas doses (método Yuzpe)¹.

Os contraceptivos hormonais de emergência são seguros e eficazes (reduzem de 57 a 93% o risco de gravidez após uma relação desprotegida)². Os efeitos colaterais mais reportados são associados ao método de Yuzpe com náuseas e vômitos, devido à intolerância gástrica à alta dose hormonal de etinilestradiol e, alteração do ciclo menstrual nas usuárias de pílulas de levonorgestrel³.

Em mulheres que vivem com HIV, o uso de contraceção de emergência está permitido, desde que seja considerada a possibilidade de interação com os antirretrovirais (as mesmas que ocorrem com o uso de contraceptivos hormonais orais).

O único estudo disponível avaliou a interação entre o Efavirenz e o levonorgestrel 0,75 mg de 12 em 12 horas, e demonstrou redução em torno de 50% na biodisponibilidade do hormônio⁴.

Em contrapartida ao uso fracionado, há quem prefira utilizar dose única de 1,5 mg do levonorgestrel nas usuárias de efavirenz, pela probabilidade de interferir menos na biodisponibilidade do hormônio.

Em ambas as formas de uso do levonorgestrel, a mulher deve ser alertada sobre a possível redução da eficácia quando estas medicações são utilizadas de forma concomitante.

Outra opção para mulheres em uso de TARV é o uso do dispositivo intrauterino de cobre, desde que seja observado o CD4 atual e a presença de doenças definidoras de Aids.





Saúde reprodutiva das pessoas que vivem e convivem com HIV

Referências Bibliográficas:

1. Perry SH, Swamy P, Preidis GA, Mwanyumba A, Motsa N, Sarero HN. **Implementing the Jadelle implant for women living with HIV in a resource-limited setting: concerns for drug interactions leading to unintended pregnancies.** *AIDS*. 2014; 28(5):791-3
2. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), INFO **Project. Family Planning: A global handbook for providers** (2011 Update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2011
3. Gemzell-Danielsson K. **Mechanism of action of emergency contraception.** *Contraception* 2012; 82: 404-9.
4. Cheng L, Che Y, Gülmezoglu AM. **Interventions for emergency contraception.** *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;8:CD001324.





LISTA DE ABREVIATURAS:

CDC - Center for Disease Control and Prevention

DIP - Doença Inflamatória Pélvica

DST - Doença sexualmente transmissível

FTC - Emtricitabina

IP - Inibidor de protease

LARC - Long-action reversible contraception

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEP - Profilaxia pós exposição

PrEP - Profilaxia pré exposição

PVHIV - Pessoas vivendo com HIV

SAE - Serviço de assistência especializada em HIV/Aids

SIU-LNG - Sistema intrauterino liberador de levonogestrel

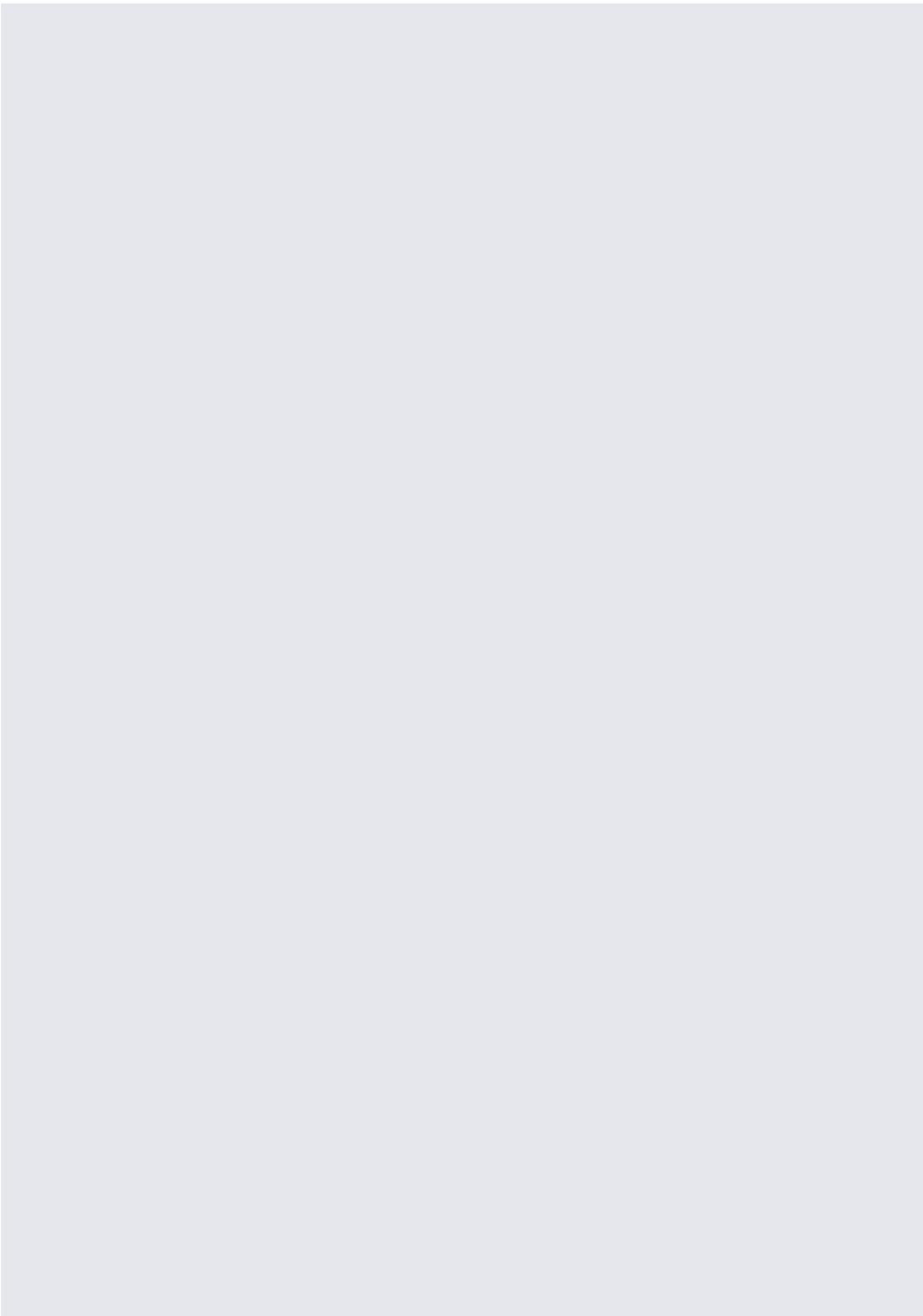
TARV - Terapia antirretroviral

TDF - Tenofovir

TVHIV - Transmissão vertical do HIV









Apoio



Realização



Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-99792-26-1



9 788599 792261

