

ANTICONCEPÇÃO EM MULHERES COM MAIS DE 40 ANOS

Nos últimos anos, no Brasil, a atenção em anticoncepção tem-se concentrado no objetivo de reduzir a fecundidade de adolescentes, sem dúvida o problema mais importante em saúde sexual e reprodutiva no país. Apesar dos esforços realizados, a taxa de fertilidade de mulheres de 15-19 anos é ligeiramente inferior a 70 por mil mulheres dessa idade, muito superior à taxa observada nos países europeus em que essa taxa é de menos de 10. A importância desse problema faz com que a anticoncepção das mulheres de mais de 40 anos venha recebendo muito pouca atenção no país, embora a fertilidade das mulheres de 40-44 anos seja de 9,55 por mil mulheres. Apesar do aumento, nos últimos anos, do número de gravidezes desejadas e planejadas nessa faixa etária, especialmente nas camadas de renda média e alta, uma porcentagem importante é de alto risco por condições de saúde da mãe. Além disso, especialmente na população de baixa renda, a grande maioria das gravidezes nessa faixa etária não é planejada.

Segundo a Associação Médica Canadense, que realizou uma revisão completa do tema, há quatro pontos básicos que devem ser considerados:

1. Embora a fertilidade diminua com a idade, as mulheres com mais de 40 anos que não desejam engravidar e tem vida sexual devem usar anticoncepcionais. Não devem assumir que não são mais férteis.
2. De acordo às normas internacionais não há métodos anticoncepcionais que não possam ser usados por essas mulheres só pela idade. A idade *per se* não contraindica uso de quaisquer métodos.
3. Os anticoncepcionais apenas de progestágenos (pílulas, injeções de progestágeno e implantes) são opções seguras para as mulheres que não podem usar estrógenos.
4. As mulheres que usam anticoncepcionais hormonais depois dos 40 anos devem ser orientadas a usar o método, no máximo, até completar 55 anos de idade (menopausa).

Risco de engravidar depois dos 40 anos. O risco de engravidar é baixo. A fecundidade das mulheres com mais de 40 anos é mais ou menos um terço da fecundidade das mulheres com menos de 35 anos. Mas o risco de engravidar existe e, por isso, se a mulher não deseja engravidar ou tem alguma condição que faz com que uma gravidez represente um risco para a sua saúde, ela deve usar algum método anticoncepcional eficaz. Na orientação das mulheres nessa faixa etária também deve ser mencionado que as mulheres também têm mais chances de ter intercorrências durante a gravidez incluindo uma maior taxa de abortos espontâneos.

Quais são os métodos mais usados por mulheres com mais de 40 anos. No Brasil, uma porcentagem importante das mulheres nessa faixa etária já fez ligadura de trompas ou mora com homem que fez vasectomia.

A pílula e as injeções são os métodos mais populares porque o DIU, que seria uma excelente opção, é muito pouco usado. É importante insistir em que a mulher pode usar qualquer método desde que não tenha alguma condição médica que restrinja o método segundo os Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS.

Efeitos sobre a saúde. Se os critérios médicos de elegibilidade são respeitados, usar anticoncepção representa um risco de saúde muito menor que o risco de uma gravidez. Por essa razão, considerando que a gravidez é um risco de saúde importante nessa idade, a orientação deve deixar muito claro que é importante escolher algum método de alta eficácia. Segundo a OMS, os métodos mais eficazes são a ligadura tubária, a vasectomia do parceiro, o injetável trimestral, os implantes e os DIUs, incluindo o DIU com hormônio.

Risco de problemas cardiovasculares. Embora os estrógenos possam aumentar o risco de doenças cardiovasculares arteriais e venosas, os riscos de complicações arteriais ou de trombose venosa são menores com o uso de métodos combinados do que durante a gravidez. De todo modo, os métodos de primeira escolha nessas mulheres, salvo que tenham condições 3 ou 4 dos critérios de elegibilidade, o ideal seria que escolham DIU, implante ou injetável trimestral.

Risco de câncer. O risco de câncer aumenta com a idade. As pílulas combinadas não aumentam o risco de câncer de mama e tem efeito protetor do câncer de endométrio e ovário. As pílulas e a injeção trimestral mostraram um leve aumento de câncer de colo que não persiste depois de suspender o uso.

Risco de fraturas por osteoporose. A densidade mineral óssea começa a diminuir no pré-climatério por diminuição da produção de estrógenos. A injeção de progestágenos (injeção trimestral) diminui a densidade óssea no início do uso, mas se estabiliza depois de um ano e depois se recupera ao suspender o uso. Apesar da diminuição da densidade óssea a injeção trimestral não tem sido associada a aumento de risco de fraturas em estudos bem controlados.

Benefícios não contraceptivos dos anticoncepcionais. Os métodos hormonais podem ter efeitos benéficos nas alterações dos sangramentos no período perimenopáusico. As pílulas podem tornar o ciclo mais regular e com fluxo de menor quantidade. A injeção trimestral também pode reduzir, e muito, os sangramentos podendo levar a longos períodos de amenorreia que podem ser benéficos nesse período. Além disso, os métodos hormonais reduzem a frequência de alguns cânceres genitais. Cabe também destacar que o DIU com levonorgestrel (Mirena) pode ser um excelente tratamento para hemorragias do período de pré-menopausa e pode evitar a indicação de histerectomias por hemorragias.

Quando a mulher deve deixar de usar anticoncepção?

Intuitivamente a resposta é clara: quando queira engravidar ou quando não precise. Como aqui estamos tratando de pessoas que não querem mais filhos, podemos esquecer a primeira situação.

A segunda situação pode ser óbvia se a mulher já não tem nem terá relações sexuais. Mas quando a mulher tem relações sexuais e usa um método anticoncepcional hormonal a resposta não é tão fácil.

Devemos supor que a mulher não precisa quando já teve a menopausa e, por isso, a decisão de parar de usar anticoncepção é fácil se a mulher está usando um método não hormonal, por exemplo, um DIU. Nesse caso a resposta é simples: deve deixar de usar o método um ano depois da última menstruação, para estar segura de que já teve a menopausa.

Usando método hormonal a resposta é mais difícil porque ela pode estar tendo menstruações normais pela pílula ou estar sem sangramentos, em amenorreia, por causa da injeção e não ter tido ainda a menopausa. Nesses casos, aos 50 anos pode se fazer a determinação sérica de FSH (hormônio folículo estimulante). Valores acima de 30 mUI/ml (miliunidades internacionais por mililitro) indicam falência ovariana total, ou seja, menopausa. Se não é possível realizar o exame é melhor continuar usando até 55 anos, quando podemos assumir que já ocorreu a menopausa.

O quadro seguinte resume a conduta com relação à decisão de parar de usar anticoncepção:

Quando parar de usar anticoncepção		
Método usado	Idade < 50	Idade ≥ 50
Método não hormonal	Pode parar depois de dois anos em amenorreia	Pode parar depois de um ano em amenorreia.
Métodos hormonais de progestágenos (Mirena, implantes, injeção trimestral, pílulas de progestágenos)	Pode continuar até completar 55 anos	Pode continuar até completar 55 anos ou mudar para um método não hormonal e parar depois de um ano em amenorreia.
Métodos combinados, com estrógeno (Pílula combinada, injeção mensal, adesivo, anel vaginal)	Pode seguir até 50 anos ou mais se não tem riscos cardiovasculares	Pode continuar até completar 55 anos, se não tem risco cardiovascular, ou mudar para um método não hormonal e parar depois de um ano em amenorreia.

Qualquer dúvida podem consultar o Manual de anticoncepção da OMS que já enviamos para vocês.

Dr. Juan Díaz

Médico Ginecologista – Universidade de Chile
Doutor em Medicina Reprodutiva – Unicamp
Membro do Comitê de Guias Técnicas da OMS em anticoncepção
Assessor Médico da Reprolatina

Dra. Magda Chinaglia

Médica Ginecologista e Obstetra – Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)
Mestre em Ginecologia e Obstetrícia - UFMG
Doutora em Medicina – UNICAMP
Assessora Médica da Reprolatina