Fanny Viviana López Alegria

ESTERILIZAÇÃO NÃO-CIRÚRGICA:

ESTUDO DO PERFIL REPRODUTIVO E DOS EFEITOS
COLATERAIS DE MULHERES QUE RECORRERAM A ESTE MÉTODO

Tese de Doutorado apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da
Universidade de São Paulo,
Departamento de Saúde Materno-
Infantil, para obtenção do
Título de Doutor em Saúde
Pública

Orientador
Profa. Nélia Schor

Aos meus pais a quem admiro

RESUMO

O presente trabalho constitui uma avaliação prospectiva da utilização do método de esterilização feminina não-cirúrgica com quinacrina. O grupo em estudo é formado por dez mulheres, atendidas no período de abril a setembro de 1990, no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile.

O perfil reprodutivo das mulheres, revela que o início da vida fértil foi, em média, aos 12.1 anos e aproximadamente quatro anos depois (16.4 anos), iniciaram a atividade sexual sem uso de métodos anticoncepcionais. Em consequência, verifica-se que a primeira gravidez ocorreu, em média, aos 19.1 anos, ou seja, ainda dentro do período que compreende a adolescência. Após este evento obstétrico - gravidez -, a maioria iniciou o uso de métodos de planejamento familiar por volta dos 21 anos, tendo como resultado, uma variada e não muito bem sucedida história anticoncepcional.

A decisão de encerrar a vida reprodutiva com medidas definitivas foi tomada pelo casal, baseado em informações fornecidas pelos profissionais de saúde e referindo razões de planejamento familiar, história anticoncepcional e obstétrica negativa.

No momento de concretizar esta decisão, as mulheres faziam em média, 34.8 anos e parte de uma família legalmente constituída com 3.2 filhos vivos. Destas mulheres, 40% ainda tinham a opção de utilizar métodos reversíveis modernos, no momento de submeter-se a este método definitivo.

O seguimento prospectivo do método não-cirúrgico mostra que os efeitos colaterais, como os maiores níveis de quinacrina plasmática e urinária, apresentam-se no período das primeiras 48 horas, após inserção intrauterina da primeira e segunda doses de "pellets" de quinacrina.

THE
JOURNAL OF
THE
ROYAL ANTHROPOLOGICAL INSTITUTE
SUMMARY

This paper consists of an evaluation on the use of quinacrine as a non-surgical irreversible method for female sterilization. The study group is made up of ten women, seen at the Sotero del Rio Hospital outpatient clinic in Santiago, Chile, from april to september 1990.

This study reveals that the women's reproductive life began on average at the age of 12.1 years and approximately four years later they began their sexual activity without the use of contraceptive methods. Consequently their first pregnancy occurred at the age of 19.1 years, during late adolescent years.

Two years after pregnancy many of these women began to use contraceptive methods (at the age of 21, on average). As a result their obstetric history shows a non well succeeded and varied response to anticonceptional methods.

The decision to close reproductive life taking permanent steps was made by the couples based on information furnished by health professionals. The reasons given were related to family planning, anticonceptional and negative obstetric history.

On implementing their decision, the group averaged 34.8 years and averaged 3.2 a lived children per subject. A total of 40% of these women could still use other modern reversible methods before being submitted to this permanent one.

The follow-up of this non-surgical procedure shows that side effects such as higher levels of quinacrine in the

blood and urine occurred in the first 48 hours after the first and second intrauterine insertion of quinacrine pellets.

INDICE

SUMMARY

	Pág.
1. INTRODUÇÃO.....	12
2. OBJETIVOS.....	23
3. POPULAÇÃO E MÉTODOS.....	25
3.1. Estudo piloto.....	26
3.2. População de estudo.....	27
3.3. Métodos de estudo.....	29
3.3.1. Entrevista.....	29
3.3.1.1. Aspectos bio-demográficos-	
sociais.....	29
3.3.1.2. História reprodutiva.....	30
3.3.2. Levantamento de dados dos prontuários..	33
3.3.2.1. Antecedentes gerais.....	33
3.3.2.2. Antecedentes ginecológicos e	
obstétricos.....	34
3.3.2.3. Exame físico geral.....	35
3.3.2.4. Exame ginecológico.....	36
3.3.3. Estudo prospectivo de efeitos colate- rais e coleta de amostras sanguíneas e urinárias.....	36
3.3.3.1. Atividades.....	39
3.3.3.2. Método de análise das amostras de sangue e urina.....	43
3.3.3.3. Apresentação de resultados....	43

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	44
4.1. Características bio-demográficas-sociais das pacientes.....	45
4.2. História reprodutiva	52
4.3. Antecedentes e condições atuais de saúde	65
4.4. Estudo prospectivo de efeitos colaterais e co- leta de amostras sanguíneas e urinárias.....	80
5. CONCLUSÕES E SUGESTÕES.....	133
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	136
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

"Saúde para todos no ano 2.000", meta estabelecida na Trigésima Assembléia Mundial da Saúde em 1977, constitui um desafio e um reconhecimento a nível mundial do direito à saúde que tem todo ser humano ⁽²⁴⁾.

Para impulsar tais propósitos, foi declarado na Conferência Internacional sobre Atenção Primária de Saúde, celebrada em Alma Ata em 1978, um total apoio às estratégias de atenção primária de saúde, como mecanismo fundamental para alcançar a mencionada meta ⁽¹⁴⁾.

No planejamento destas estratégias foram identificados oito componentes programáticos básicos, sendo um deles, a atenção materno-infantil, incluindo o planejamento familiar, que por sua vez, reúne os sete critérios que requer um serviço seletivo de atenção primária. Tais postulados têm como finalidade, ações que estão dirigidas a satisfazer demandas individuais e comunitárias ⁽³⁶⁾.

No amplo contexto da visualização das expectativas deste programa de planejamento familiar, temos como elemento essencial, a disponibilidade de uma extensa gama de métodos anticoncepcionais que pretende atender as demandas de um grande número de famílias que precisam e/ou desejam planejar sua fecundidade por diferentes razões.

Esta oferta presuppõe todas as alternativas disponíveis, as quais devem ser escolhidas considerando principalmente os dados clínicos do casal e as necessidades de planejamento familiar, dado que um casal passa por diferentes etapas

reprodutivas ao longo da vida.

Uma dessas etapas é quando o casal pretende não ter mais filhos por diversas razões. Para este grupo específico da população pode-se oferecer os métodos anticoncepcionais irreversíveis. Mas, este fato não é suficiente para garantir totalmente a satisfação dos usuários. As condições anteriormente mencionadas devem ser acompanhadas de uma orientação ao casal, como requisito de nível programático para garantir o direito a uma escolha baseada em informações adequadas.

O fornecimento de tais informações é uma obrigação ética, e em alguns países, uma obrigação legal que se aplica principalmente ao planejamento familiar, uma vez que na escolha do método a ser utilizado são envolvidas pessoas geralmente sadias e o objetivo não é o tratamento de doenças⁽⁵⁾.

Toda esta orientação deve ser clara, imparcial e adequada compreendendo riscos e benefícios, e desta maneira, dando condições aos casais para escolherem o método que desejam e possam adotar.

Em nosso continente, a esterilização feminina - que é uma das opções anticoncepcionais para a população que deseja limitar a família - tem desempenhado um papel importante desde a organização dos primeiros programas de planejamento familiar, sendo atualmente um dos métodos de maior prevalência^{(1) (4)}.

Esta crescente aceitação tem se dado, em parte, devido

ao desenvolvimento de novas técnicas cirúrgicas, ao maior interesse dos profissionais da saúde e às mudanças nas leis e políticas de planejamento familiar em alguns países da América Latina. Os serviços que oferecem estas técnicas cirúrgicas, no entanto, requerem infraestrutura hospitalar, equipamento sofisticado e pessoal treinado, o que se traduz em maior custo e menor probabilidade de satisfazer a grande demanda existente.

Paralelamente a este método cirúrgico, vêm-se aprimorando tecnologias alternativas anticoncepcionais como as técnicas não-cirúrgicas, que utilizam um procedimento ambulatorial, não deixam cicatriz e eliminam os riscos da anestesia e invasão da cavidade peritoneal. Além disso, a não utilização da palavra "cirurgia" tranquiliza as mulheres que se submetem a este método⁽²⁰⁾.

Desta maneira, minimizando riscos e tornando a esterilização feminina mais acessível à população - quer sob o ponto de vista econômico, quer sob o ponto de vista sanitário - a técnica de esterilização não-cirúrgica feminina, vêm se desenvolvendo desde a década de setenta, utilizando o composto químico chamado cloridrato de quinacrina⁽²⁰⁾.

A estrutura do cloridrato de quinacrina é: 6-cloro-9-(1 methyl-4-dielhefamino) butylamino-2-methoxy-acridine.

A quinacrina é a principal droga dos derivados de acridina e uma das formas disponíveis para uso clínico é o dicloridrato, designado cloridrato de quinacrina, que

contém aproximadamente 80% de quinacrina base.

Este produto químico caracteriza-se por ser um pó cristalino, amarelo, inodoro, amargo, solúvel em álcool e escassamente solúvel em água na relação 1:35. Suas principais vias de administração são oral, retal, intramuscular e endovenosa⁽²⁰⁾.

A quinacrina foi introduzida em 1930, tendo sido amplamente utilizada como antimalárico sintético durante a Segunda Guerra Mundial. Mas, devido aos vários efeitos colaterais resultantes de sua maciça administração por via oral, caiu em desuso em favor da cloroquina, mais potente e menos tóxica no tratamento desta patologia⁽¹⁹⁾.

Posteriormente, para verificar a distribuição intracelular da quinacrina, efetuaram-se experiências em cultura de tecidos, descobrindo-se seu efeito citotóxico sobre uma variedade de células tumorais. Mas, a incompatibilidade entre sua dose máxima tolerável por via oral e o efeito anti-tumoral, fez mudar a via de administração.

Como resultado das experiências anteriores, a quinacrina passou a ser empregada para o controle de metástases em cavidades pleurais e peritoneais, mediante a instilação direta sobre células tumorais, oferecendo alívio na sintomatologia sem maiores efeitos colaterais, não modificando, contudo, a evolução da neoplasia subjacente⁽²⁰⁾.

Ante a evidência de que a via de administração pode

alterar o mecanismo de ação da droga e, por conseguinte, o objetivo de sua prescrição, na década de 70, a quinacrina passou a ser usada por via transcervical como agente inibidor da fertilidade, tendo como órgão alvo as trompas de falópio.

As primeiras experiências em animais, conduzidas por Zipper e col., avaliaram a instilação única intrauterina de diferentes dosagens de suspensão aquosa de quinacrina em ratos. Essa suspensão produzia uma extensa proliferação do endométrio, o qual induzia a um bloqueio no nível uterino com a consequente diminuição da fertilidade⁽⁵⁰⁾⁽⁵¹⁾.

Estes resultados iniciais em ratos e principalmente o antecedente dos estudos do controle de metástases pleurais e peritoneais, incentivaram a equipe de Zipper e col. a fazer as primeiras triagens clínicas com mulheres. Nestes ensaios clínicos, a solução de quinacrina foi utilizada e considerada insatisfatória por aumentar a pressão intrauterina e produzir estados transitórios de psicose tóxica pós-instilação, pela rápida absorção intravascular da droga⁽⁵⁰⁾.

Além disso, fazia-se necessário uma preparação prévia da droga para instilação, repetindo-se em cada aplicação, por três meses consecutivos, resultando em taxas de gravidez de 9.1%, um ano após concluída a esterilização⁽⁵²⁾.

Na evolução destas experiências, diferentes doses, solventes e formas de instilação da quinacrina, foram avaliadas, na tentativa de diminuir a taxa de gravidez e

eliminar seu principal e mais complicado sintoma, a psicose tóxica transitória. Isto levou a uma mudança na apresentação da quinacrina para forma de "pellets", que produz um sistema de liberação mais lenta, permitindo maior concentração e tempo de contacto, com o epitélio tubário; possibilitando assim, um aumento da eficácia do método e eliminando quase por completo a psicose tóxica transitória.

No acompanhamento das pacientes que submeteram-se a uma dose de 250 mg de quinacrina em forma de "pellets" por três meses consecutivos, observaram-se como efeitos colaterais mais comuns as alterações menstruais, leucorréias, dor pélvica e cefaléia, avaliados ao nível de diversas populações pelas equipes de Bhatt na Índia⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾, Guzman-Serani⁽³²⁾⁽³³⁾ e Zipper no Chile⁽³¹⁾⁽³²⁾⁽³³⁾.

Paralelamente a estas triagens clínicas, desenvolveram-se estudos para determinar o mecanismo de ação pelo qual se obtém o efeito antifertilidade. Segundo Patek,⁽⁴¹⁾⁽⁴²⁾ o cloreto de quinacrina forma a ligação quinacrina-DNA epitelial, que é essencial para produzir tecido granulomatoso exclusivamente na porção intramural das tubas. Em contraste, no nível endometrial, esta ligação quinacrina-DNA é inibida pelas altas concentrações de Zn e K que atuam como cations antagonistas desses sistemas metaloenzimáticos.

No nível de animais, Ciaccio e col⁽¹⁷⁾ observaram uma proliferação seguida por atrofia e necrose do tecido endometrial como resultado da instilação intrauterina em ratos.

De modo semelhante, Parmley e col.^{'40'} descreveram uma sequência de mudanças histológicas similares em macacos e porcos.

Examinando histologicamente os órgãos genitais de macacos após a administração de 30 mg de solução de quinacrina, o que corresponde por kilo de peso a duas vezes a dose dada a mulheres (250 mg), Dubin e col.^{'40'}, encontraram extensas áreas de necrose endometrial e obliteração dos cornos do útero 24 horas após a instilação. Entre o sétimo e vigésimo oitavo dia foi observada uma completa regeneração do endométrio.

Um dos poucos trabalhos feitos em mulheres para determinar os efeitos anátomo-histológicos da quinacrina sobre as trompas de falópio foi elaborado por Bhatt e col.^{'9'}, que inseriram uma dose de 250 mg de pellets de quinacrina, 30 dias antes de serem submetidas a histerectomia por condições não orgânicas, onde confirmaram uma fibrose e subsequente oclusão tubária permanente.

Todos os trabalhos anteriores referem-se a mudanças uterinas e tubárias decorrentes da administração intrauterina da quinacrina, importantes por ser local de inserção dos "pellets" e porque refletem o nível de eficácia ao produzir obstrução mecânica do ostium tubário. Esta característica como método anticoncepcional, vem, no entanto, acompanhada de outras, que levaram autores como Ciaccio e col.^{'17'}, Chandra e col.^{'14'} a estudarem a toxicidade desta droga, quando administrada na cavidade

peritoneal em animais. Esses estudos tornaram-se relevantes, pela finalidade de conhecer os possíveis efeitos colaterais extrapolados à espécie humana, no caso de acidentes como perfuração uterina ou derrame peritoneal.

A maior informação, contudo, sobre a toxicidade e farmacologia acerca da quinacrina foi adquirida através das observações de sua administração oral como agente antimalárico, onde se verifica uma rápida absorção intestinal, inclusive com diarreia. A concentração plasmática terapêutica para o tratamento desta patologia é 25-100 ng/ml. É distribuída em todos os tecidos, principalmente no fígado, baço e em menor proporção no pulmão e glândulas adrenais, sendo progressivamente acumulada quando sua ingestão é crônica. Sua eliminação é lenta porque se associa a proteínas plasmáticas e em diferentes formas metabólicas. No nível urinário, sua principal via de excreção, elimina-se aproximadamente 11% da droga ingerida podendo ser detectada até dois meses depois da interrupção da terapia. Outras vias de excreção, embora em muito menor quantidade, é através do suor, leite, saliva e bilis⁽¹¹⁾⁽¹²⁾⁽¹³⁾⁽¹⁵⁾.

As manifestações de toxicidade são principalmente ao nível de sistema nervoso central, sistema cardiovascular e trato gastrointestinal. O efeito colateral mais relevante por sua gravidade é a excitação do sistema nervoso central, quando a nível plasmático alcança 100 microgramas de quinacrina por litro de sangue. O nível de saturação

sanguínea. é aproximadamente 500 microgramas por litro, derivado de uma ingestão oral única de aproximadamente seis gramas de quinacrina⁽¹⁵⁾.

Atualmente, é utilizada como droga específica para o tratamento de infecções intestinais por *Giardia lamblia*, na dose de 300 mg/dia por cinco dias⁽¹⁵⁾.

Zipper e col.⁽⁵⁵⁾ estão testando a inserção intrauterina de uma dose de 180 mg de quinacrina em forma de "pellets" por dois meses consecutivos.

Esta inserção de "pellets" é acompanhada por 150 mg de diclofenaco sódico intramuscular após cada inserção, tentando reduzir efeitos colaterais, tais com cefaléia, dor pelviana, febre e mal estar geral.

Estas mulheres recebem informação escrita e oral a respeito da técnica. Geralmente as pacientes são encaminhadas de diferentes ambulatorios por causas tais como, história anticoncepcional negativa -efeitos colaterais-, morbidade obstétrica e/ou desejo de adotar este método anticoncepcional irreversível.

Para iniciar o processo de esterilização, as mulheres são encaminhadas ao serviço em 3 épocas da vida reprodutiva, isto é, aos 40 dias pós-parto, aos 7 dias pós-aborto e até o décimo dia do ciclo menstrual. Necessitam ainda, apresentar as seguintes condições:

.. Não ter história de desordens psiquiátricas;

.. Não ter condições de saúde que interfiram negativamente com o método, como antecedentes de

cefaléia intensa e alergia à medicamentos.

Exame ginecológico e papanicolaou normal;

Autorização escrita, assinada pelo casal.

Tendo realizado a dissertação de mestrado sobre esta técnica de esterilização feminina⁽²⁵⁾, desenvolvida pela equipe de Zipper e tendo a perspectiva de propor sua implantação nos serviços de atenção primária de saúde, a autora interessou-se no seu aprofundamento, adotando-a como linha de pesquisa.

Este estudo foi realizado no Hospital Sotero del Rio em Santiago do Chile, único centro na América Latina que atende a demanda de esterilização feminina com este método não-cirúrgico, assim nossa proposta foi avaliar o método anticoncepcional no esquema em que atualmente é utilizado, isto é, duas doses de 180 mg de quinacrina mais 150 mg de diclofenaco sódico (antiinflamatório, analgésico, anti-reumático e antipirético).

Tendo em vista a escassez de pesquisas realizadas em populações femininas, que ressaltem os efeitos colaterais da quinacrina como método de esterilização não-cirúrgico, a identificação de opções anticoncepcionais para a mulher, no momento de submeter-se a este método definitivo, e diante de sua crescente demanda, a realização do presente estudo pareceu-nos oportuna, além de constituir um dos requisitos básicos para a aplicação de qualquer método anticoncepcional em programas de planejamento familiar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Caracterização do perfil reprodutivo de mulheres submetidas a um método de esterilização não-cirúrgico, e acompanhamento prospectivo dos aspectos clínicos relacionados a este método.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

. Conhecer os aspectos bio-demográficos-sociais e a história reprodutiva das mulheres.

. Analisar os antecedentes ginecológicos e obstétricos das mulheres.

. Avaliação prospectiva dos efeitos colaterais relacionados com o método de esterilização até o período de um mês após a última inserção intrauterina de quinacrina.

. Estabelecer os níveis de quinacrina plasmática aos trinta minutos, duas horas, quatro horas, quarenta e oito horas, sete e trinta dias após a primeira inserção intrauterina de quinacrina.

. Determinar a nível urinário, a excreção da quinacrina decorridas duas, quatro e quarenta e oito horas, bem como no sétimo e trigésimo dia após a primeira inserção intrauterina de quinacrina.

POPULAÇÃO E MÉTODOS

3.1. ESTUDO PILOTO

Realizou-se um estudo piloto, entre 5 de janeiro a 28 de março de 1990, com a finalidade de testar a viabilidade do estudo proposto. Neste estudo incluíam-se todas as mulheres que iniciaram a esterilização durante os dois primeiros meses do ano 1990.

A partir dos dados obtidos no estudo piloto observou-se dois problemas sérios, um deles, diz respeito ao comparecimento aos controles programados pelo estudo e outro refere-se à técnica de coleta de amostras urinárias.

Em relação ao não comparecimento aos retornos programados pelo estudo, os fatores negativos referidos pelas próprias mulheres faltosas foi: "a incompatibilidade quanto à disposição de horário entre as obrigações de amamentação da criança e a assistência aos controles programados pelo estudo". Relembra-se que a rotina do serviço preconiza quatro retornos para completar o processo de esterilização e no estudo, além dos retornos programados, necessitava-se de mais dez controles, tendo-se um total de quatorze retornos por mulher.

Outro fato, detectado no estudo piloto, foi o que diz respeito ao procedimento de coleta de amostras urinárias, que em sua grande maioria, foram contaminadas com a quinacrina eliminada via vaginal. Como resultado deste fato ponderou-se por usar a técnica de urina de jato médio com tamponamento vaginal.

3.2. POPULAÇÃO DE ESTUDO

A partir, dos resultados do estudo piloto, optamos pela amostragem de acessibilidade⁽²⁹⁾, onde as mulheres foram convidadas a participar do estudo, sendo informadas oralmente e por escrito, dos objetivos, riscos, benefícios e técnica a serem utilizadas. Após estes esclarecimentos, o grupo em estudo foi constituído por dez mulheres, que aceitaram voluntariamente em fazer parte da pesquisa e que se submeteram a duas doses intrauterina de 180 mg de quinacrina, na forma de "pellets" como método de esterilização feminina não-cirúrgica, atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital Sotero del Rio, Santiago do Chile, no período de 3 de abril a 31 de julho de 1990.

O ingresso, deu-se na semana anterior ao início do processo de esterilização. A identificação das mulheres foi por ordem de ingresso seguindo a sequência do alfabeto, tendo-se aproximadamente uma mulher por semana.

Observação deve ser feita, que à partir da primeira quinzena de ter iniciado a pesquisa, foram realizadas mudanças em relação aos aspectos administrativos, do Ambulatório de Planejamento Familiar, decorrentes do aparecimento de casos de gravidez ectópica, ocorridas no final do ano 1989. Diante deste acontecimento, os responsáveis pelo método de esterilização, decidiram diminuir o número de mulheres à serem atendidas - sem alteração de nenhum requisito de ingresso - com o intuito de

desenvolver uma auditoria, em relação a última dosagem de quinacrina utilizada. O período de duração desta auditoria não foi determinado, permanecendo durante todo o período do estudo.

A administração da quinacrina na população de estudo foi através da inserção intrauterina na forma de "pellets", estes têm uma forma cilíndrica de 3.3 mm. de diâmetro por aproximadamente 3.6 mm. de comprimento. Por cada milímetro de comprimento tem-se 10 mg de cloreto de quinacrina, dando uma dose total de 180 mg divididos em cinco "pellets" de 100 minutos de dissolução total em cada inserção

O instrumento para inserção dos "pellets" é o mesmo dos dispositivos intrauterinos, isto é, introdutor e êmbolo.

O mecanismo de inserção é identico ao da TCU (dispositivo intrauterino), no qual os "pellets" são situados no fundo da cavidade uterina, via transcervical, na fase proliferativa do ciclo menstrual, imediatamente após a menstruação em dois meses consecutivos.

Esta inserção de "pellet" é acompanhada por 150 mg de diclofênaco sódico intramuscular após cada inserção, tentando reduzir efeitos colaterais, tais como cefaléia, algia pélvica, febre e mal estar geral.

O diclofênaco sódico é uma substância não esteróide com potente ação antiinflamatória, analgésica, anti-reumática e antipirética que inibe a prostaglandina.

3.3. MÉTODOS DE ESTUDO

O presente estudo utilizou os seguintes instrumentos:

- . Entrevista
- . Levantamento de dados registrados nos prontuários clínicos
- . Acompanhamento prospectivo dos efeitos colaterais
- . Coleta seriada de amostras sanguíneas e urinárias

3.3.1. ENTREVISTA

A entrevista foi realizada de forma individual, na semana prévia à inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina, com a finalidade de conhecer aspectos bio-demográficos-sociais, história reprodutiva e causas de procura deste método definitivo, visando a caracterização do perfil da população em estudo.

Para a realização da entrevista foi elaborado e aplicado um questionário (anexo 1) pela pesquisadora. Convém lembrar que as informações levantadas nas entrevistas complementaram os dados dos prontuários.

As variáveis selecionadas para o estudo foram:

3.3.1.1. Aspectos bio-demográficos-sociais

Idade: corresponde à idade da mulher em anos completos.

Escolaridade: definido como o número de anos completos de estudo.

- . *Trabalho*: definido como o trabalho remunerado.
- . *Religião*: corresponde à religião declarada pela própria mulher.
- . *Estado civil*: corresponde ao estado legal atual da mulher. No Chile existem três categorias: solteira, casada e viúva.
- . *Estado marital*: foi definido pelas seguintes categorias:
 - estável: mulher que vive em união estável com um homem, independente do estado civil.
 - instável: mulher que atualmente não vive em forma estável com um homem, independente do estado civil.

3.3.1.2. História reprodutiva

- . *Idade na menarca*: corresponde à idade da mulher em anos completos na época da primeira menstruação.
- . *Início da atividade sexual*: definido como a idade - em anos completos - com que a mulher teve sua primeira relação sexual.
- . *Uso de métodos anticoncepcionais no momento da primeira relação sexual*: definido como a utilização de métodos que produzem a limitação voluntária da procriação, independente de suas características.
- . *Causas relatadas de uso ou não de métodos anticoncepcionais no momento que tiveram início as relações sexuais*.

- Idade de início de uso de métodos anticoncepcionais:* correspondente à idade da mulher, em anos completos, na qual começou a usar métodos anticoncepcionais, independentemente da natureza destes.
- Período da vida reprodutiva por ocasião do início do uso de métodos anticoncepcionais,* que foi dividido em :
- antes da primeira gravidez: definido como o período que vai desde o início das relações sexuais até a primeira gravidez.
 - após resolução da primeira gravidez: podendo ter como resultado, um parto ou abortamento. Os quais serão definidos a seguir:
 - . pós-parto: período que vai desde o parto até a primeira menstruação espontânea ou induzida.
 - . pós-abortamento: período que vai desde o aborto até a primeira menstruação espontânea ou induzida.
 - pós-resolução da segunda gravidez ou outras: definido da mesma forma que o item anterior.
- Tempo de uso de métodos anticoncepcionais:* período que vai desde o início do uso de métodos anticoncepcionais até a primeira inserção intrauterina de "pellets" de quinacrina, excluindo os períodos de gravidez e não proteção anticoncepcional.
- Idade na primeira gravidez:* correspondente à idade da mulher em anos completos, no momento do início da primeira gravidez.

- . *Número de gestações*: definido como o número total de gestações da mulher, independentemente de seu resultado obstétrico.
- . *Número de partos*: definido como o número total de partos da mulher com produto conceptual de 500 gramas ou mais, independentemente da vitalidade do recém nascido e do tipo de parto.
- . *Número de filhos vivos*: corresponde ao número de filhos vivos da mulher, no momento da primeira inserção intrauterina de "pellets" de quinacrina.
- . *Número ideal de filhos*: definido como o tamanho ideal de família, referido pela própria mulher.
- . *Planejamento da última gravidez*: definido como a decisão programada da última gravidez da mulher, independentemente de seu resultado obstétrico.
- . *Número de parceiros sexuais*: definido como número total de parceiros sexuais estáveis ou esporádicos desde o início da vida sexual da mulher.
- . *Tempo de relação estável com o atual parceiro*: período que a mulher vive em união estável com o atual parceiro, independentemente do estado civil.
- . *Fontes de informação sobre a esterilização não-cirúrgica*: definido como o primeiro contato que teve a mulher com a informação à respeito deste tipo de esterilização.

Pessoas envolvidas na decisão de esterilização: definido como a pessoa ou pessoas que tomaram parte ativa na tomada de decisão com respeito a se adotar este método anticoncepcional definitivo.

Decisão da mulher quanto à esterilização: definido como a decisão exclusiva e independente da mulher em adotar este tipo de método anticoncepcional, sem envolvimento de terceiros.

Principais motivos referidos pela mulher para a escolha deste tipo de método anticoncepcional.

3.3.2. LEVANTAMENTO DE DADOS DOS PRONTUÁRIOS

Outra parte do estudo foi realizada através de um levantamento de dados registrados nos prontuários clínicos das mulheres esterilizadas. Estes prontuários eram preenchidos pelos profissionais do ambulatório no mesmo dia em que era iniciada a esterilização. Estes dados foram coletados pela pesquisadora, mediante a utilização de um formulário próprio (anexo 2).

SELEÇÃO DE VARIÁVEIS

3.3.2.1. Antecedentes gerais

cirurgias: datas, diagnósticos e características dos procedimentos cirúrgicos, exceto os de tipo obstétricos.

- . *hospitalizações*: datas, diagnósticos e características das hospitalizações, exceto aquelas por causas cirúrgicas e de tipo obstétricas.
- . *distúrbios psiquiátricos*: datas, diagnósticos e características de todas as disfunções psiquiátricas que tiveram qualquer tipo de tratamento.
- . *cefaleia*: intensidade, regularidade e tratamento realizado.
- . *alergia*: tipo, intensidade e tratamento realizado, em especial, as alergias a fármacos.
- . *doenças em controle atual*: diagnósticos e tipo de tratamento.

3.3.2.2. Antecedentes ginecológicos e obstétricos

- . *Tipos de partos*: a enumeração total de partos da mulher, com datas, características dos partos, vitalidade e peso do recém nascido.
- . *Intercorrências clínicas concomitantes com a gestação*: correspondente às patologias apresentadas durante qualquer gestação da mulher que requereram tratamento hospitalar ou ambulatorial, com suas respectivas datas e diagnósticos.
- . *Abortamento*: a enumeração total de abortos da mulher, com datas, tipo de aborto e tratamento.
- . *Patologia no último puerpério*: data, diagnóstico e tipo de tratamento.

- . *Métodos anticoncepcionais*: a enumeração total de métodos anticoncepcionais usados pela mulher, com seus respectivos tempos de uso, tipos e causas de suspensão.
- . *Última menstruação*: correspondente ao número de dias da última menstruação da mulher, incluindo sua quantidade de fluxo.
- . *Ciclos*: correspondente a regularidade da menstruação da mulher.
- . *Citologia cervico-uterino*: resultado pelo método de Papanicolau realizado nos últimos doze meses.

3.3.2.3. Exame físico geral

Do exame físico geral foram realizados os seguintes procedimentos:

- . *Peso*: expresso em kilograma.
- . *Sinais vitais*: correspondente a pressão arterial em milímetros de Hg, temperatura axilar em graus Celsius e frequência cardíaca em batimento por minutos.
- . *Pele*: inspeção da coloração e integridade da pele.
- . *Extremidades inferiores*: inspeção com ênfase nas varizes e edema.

3.3.2.4. Exame ginecológico

- . *Dia do ciclo menstrual*: referente ao dia de inserção intrauterina da primeira dose de quinacrina.
- . *Mamas*: a palpação da mama na procura de nódulos e sensibilidade mamária.
- . *Abdomen*: a inspecção de cicatrizes, sensibilidade e massas da região abdominal.
- . *Genitais externos*: principalmente inspecção da integridade e cor da pele da vulva.
- . *Toque vaginal bimanual*: é a realização de exame da vagina, colo, corpo uterino e anexos.
- . *Exame especular*: visualização do colo uterino mediante o espéculo.
- . *Histerometria*: corresponde à mensuração da cavidade uterina desde o fundo uterino até o orifício cervical externo com histerometro; realizada no momento da inserção da primeira dose de quinacrina.

3.3.3. ESTUDO PROSPECTIVO DE EFEITOS COLATERAIS E COLETA DE AMOSTRAS SANGUÍNEAS E URINÁRIAS

Para evidenciar as características dos diversos eventos ocorridos nas mulheres submetidas ao método em estudo, observou-se prospectivamente os eventos morbidos após a esterilização.

O acompanhamento prospectivo dos efeitos colaterais e coleta de amostras seriadas sanguíneas e urinárias das pacientes, iniciaram-se na fase proliferativa do ciclo menstrual, isto é, na primeira inserção intrauterina de 180 mg de "pellets" de quinacrina e 150 mg de diclofenaco sódico, que denominamos de dia A-0. As coletas de amostras sanguíneas e urinárias foi realizada durante o primeiro ciclo menstrual e avaliação dos efeitos colaterais foi realizada durante dois ciclos menstruais consecutivos.

Os eventos relativos à primeira dose intrauterina de "pellets" de quinacrina foram definidos como "A" e à segunda dose como "B". Sendo, o intervalo entre as duas doses, de aproximadamente 30 dias (um ciclo menstrual).

O primeiro e sexto contato com a paciente foram realizados na fase proliferativa do ciclo menstrual imediatamente após a menstruação, correspondendo ao dia de inserção da 1a. e 2a. dose de quinacrina, respectivamente.

A seguir apresenta-se o esquema 1, onde tem-se a frequência de observações das pacientes do estudo.

ESQUEMA 1. Frequência de observação das mulheres esterilizadas com quinacrina. Hospital Sotero del Rio, Santiago - CHILE, abril a junho 1990

VISITAS	INTERVALO DE TEMPO EM RELAÇÃO À DOSE DE QUINACRINA	CODIFICAÇÃO
1a.	0 dia	A - 0
2a.	2 dias ^{**}	A - 2
3a.	7 dias ^{**}	A - 7
4a.	14 dias ^{**}	A - 14
5a.	21 dias ^{**}	A - 21
6a.	0 dia ^{**}	B - 0
7a.	2 dias ^{***}	B - 2
8a.	7 dias ^{***}	B - 7
9a.	14 dias ^{***}	B - 14
10a.	21 dias ^{***}	B - 21
11a.	30 dias ^{***}	B - 30

^{**} após inserção intrauterina da 1a. dose de quinacrina

^{**} dia de inserção intrauterina da 2a. dose de quinacrina

^{***} após inserção intrauterina da 2a. dose de quinacrina

3.3.3.1. Atividades

Todas as atividades desenvolvidas na população de estudo foram realizadas pela pesquisadora.

Avaliação dos sinais vitais

Os sinais vitais foram avaliados em todos os períodos de contato com a paciente:

- .. *pulso*: medido em posição sentada por um minuto
- . *temperatura*: durante três minutos, na axila.
- . *pressão arterial*: medida em posição sentada, após três minutos de repouso.

Anamnese

Esta anamnese foi direcionada à obter informação da paciente com respeito aos sintomas e queixas tais como cefaléias, algias pelvianas, febre e mal estar geral, enfatizando o tipo, intensidade, duração.

Exame físico geral

Foi realizado a inspeção da pele, com ênfase na cor e textura por possíveis problemas de alergia à quinacrina (prurito).

Exame ginecológico

Realizado através de inspeção vulvar, toque vaginal bimanual e especuloscopia com ênfase nas seguintes condições.

- . *Vulva*: inspeção das características de integridade e cor da pele, procurando sinais irritativos e mudanças na coloração.
- . *Vagina*: procurando mediante toque vaginal e especuloscopia a presença de leucorréia e sinais irritativos do epitélio vaginal.
- . *Colo uterino*: inspeção através de especuloscopia das características do colo uterino.
- . *Corpo uterino*: avaliação das características de tamanho, posição, textura, mobilidade e sensibilidade uterina mediante toque vaginal bimanual.
- . *Anexos uterinos*: exame através de toque vaginal bimanual observando as características de tamanho e sensibilidade à palpação.

Método de coleta de sangue

As amostras sanguíneas foram coletadas de manhã, após um jejum habitual, na posição de decúbito dorsal. Para a punção, foram utilizadas, preferencialmente as veias da fossa cubital (basílica e cefálica mediana), da qual foi coletado 5cc de sangue e misturado suavemente por inversões

sucessivas num tubo de ensaio, sem agitar, com 10 mg de oxalato de potássio.

Método de coleta de urina

Foram coletados 5cc de urina de jato médio num tubo seco, mediante previo tamponamento vaginal para evitar contaminação da amostra com quinacrina eliminada pela vagina.

As atividades após a inserção intrauterina da primeira dose de 180 mg de "pellets" de quinacrina e 150 mg de diclofenaco sódico intramuscular foi o seguinte (esquema 2):

ESQUEMA 2. Atividades desenvolvidas com nas mulheres esterelizadas com quinacrina. Hospital Sotero del Rio, Santiago - CHILE, abril a junho 1990.

PROCEDIMENTOS

TEMPO	sinais vitais	anamnese	exame físico		coleta	
			geral	ginecológico	sangue	urina
30 min*	X	X			X	X
2 hrs*	X	X			X	X
4 hrs*	X	X			X	X
A - 2**	X	X	X	X	X	X
A - 7**	X	X	X	X	X	X
A - 14**	X	X	X	X		
A - 21**	X	X	X	X		
B - 0***	X	X	X	X	X	X
30 min.****	X	X				
2 hrs****	X	X				
4 hrs****	X	X				
B - 2****	X	X	X	X		
B - 7****	X	X	X	X		
B - 14****	X	X	X	X		
B - 21****	X	X	X	X		
B - 30****	X	X	X	X		

* após inserção intrauterina da 1a. dose de quinacrina

** dia de inserção intrauterina da 2a. dose de quinacrina

*** após inserção intrauterina da 2a. dose de quinacrina

3.3.3.2. Método de análise das amostras de sangue e urina

Para separação do plasma, as amostras sanguíneas foram centrifugadas por dez minutos a 2.000 RPM e posteriormente conservadas em geladeira à temperatura de 5°C. As amostras de urina seguiram o mesmo procedimento.

Devido a problemas administrativos do laboratório químico da Universidad de Tarapaca, no Chile, as amostras foram mantidas congeladas, num freezer, durante um período de quatro a seis meses, para serem analisadas pelos profissionais do laboratório.

A quantificação da quinacrina foi feita por fluorometria, método baseado no procedimento de Masen, J. (37). Esta técnica tem uma sensibilidade de 2,5 ng/ml.

3.3.3.3. Apresentação de resultados

Para fazer a análise estatística dos dados foram calculadas médias.

Todos os resultados apresentados em forma de quadros, tabelas e figuras, referem-se à população de mulheres submetidas à esterilização, no período de abril a julho de 1990, no Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A decisão tomada hoje por nossas pacientes a respeito de sua vida reprodutiva, tem relevância para o futuro, mas uma contribuição a este evento tem surgido no passado, é por isso que além das características bio-demográficas-sociais procuramos uma visão da história reprodutiva de nossas pacientes.

Estas mulheres participam do programa de planejamento familiar, atendidas em seus respectivos ambulatórios, dos quais eram encaminhadas para o Ambulatório de Planejamento Familiar do Hospital Sotero del Rio em Santiago, para efetivar a decisão de esterilização feminina pela técnica não-cirúrgica.

Este ambulatório atende as solicitações de esterilização feminina de qualquer centro de saúde do país, e mantém em controle semestral a maioria das mulheres esterilizadas com este método desde 1968 -época que começou os estudos em humanos- e incluindo estas pacientes aos controles para detecção de câncer cérvico-uterino e doenças sexualmente transmissíveis.

4.1. CARACTERÍSTICAS BIO-DEMOGRÁFICAS-SOCIAIS DAS PACIENTES

As características bio-demográficas-sociais das mulheres por ocasião da inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina é esquematizada no quadro 1.

**QUADRO 1. VARIÁVEIS BIO-DEMOGRÁFICAS-SOCIAIS DAS
MULHERES ESTERILIZADAS COM QUINACRINA.
HOSPITAL SOTERO DEL RIO, SANTIAGO,
CHILE, ABRIL A JUNHO DE 1990.**

PACIENTES

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
IDADE (anos)	30	32	34	37	35	33	37	39	37	34
ESCOLARIDADE (anos)	12	12	11	10	5	8	6	4	9	8
TRABALHO	N	N	N	N	N	N	S	N	N	S
RELIGIÃO	ADVENT	CAT.	CAT.	CAT.	CAT.	CAT.	CAT.	CAT.	CAT.	EVANG.
ESTADO CIVIL	CAS.	CAS.	CAS.	CAS.	CAS.	CAS.	CAS.	SOLT.	CAS.	SOLT.
ESTADO MARITAL	EST.	EST.	EST.	EST.	EST.	EST.	EST.	EST.	EST.	EST.

N = não

S = sim

ADVENT.= adventista

CAT.= católica

EVANG.= evangelica

CAS.= casada

SOLT.= solteira

EST.= estavel

Ao analisar a primeira variável temos o fato que este método definitivo não têm o requisito idade, desta maneira poderia ser solicitado por qualquer mulher em idade fértil, mas dependendo da presença principalmente de alterações de saúde.

De acordo com o quadro 1, a distribuição por idade das mulheres variou entre 30 e 39 anos, com uma média de 34.8 anos. Dados, como mencionado anteriormente, que não estão influenciados por seu requisito para solicitar este método definitivo, o que refletem em forma mais fidedigna as faixas etárias que com mais frequência demandam este método anticoncepcional.

É interessante fazer uma comparação com o método cirúrgico, o qual esta regulamentado na legislação chilena e que contempla dentro de seus itens o risco obstétrico potencial, definido como a idade superior a trinta anos e com mais de quatro filhos. Assim, deste fato, poderíamos esperar que com ou sem restrições legais, as mulheres apresentariam um comportamento similar em relação à faixa etaria.

O trabalho de Molina e López⁽³⁹⁾, reafirma o anteriormente exposto, feito na mesma cidade de nosso estudo (Santiago), mas em outro local (Hospital J.J. Aguirre), onde o levantamento de todas as mulheres esterilizadas cirurgicamente no ano 1978 (120 casos), verificou que o grupo de maior incidência foi de mulheres de 30 a 39 anos (80%). Desta maneira, visualiza-se o fato a respeito do

comportamento etário similar nas populações que esterilizaram-se com ou sem restrições de tipo legal.

Ao fazer um paralelo com outra grande região -São Paulo-, onde o método cirúrgico é o segundo mais utilizado, verificamos que 43.9% das mulheres que foram esterilizadas encontravam-se na faixa etária de 30 a 39 anos e as demais, quase a metade se distribuiu nas idades mais avançadas da vida reprodutiva. Este trabalho ainda revela que das mulheres esterilizadas 14.5% delas tinham menos de 25 anos. O que é mais preocupante é o fato de quase 3% dessas mulheres terem idades entre 15 a 24 anos^(*). Tal situação, não é a mais apropriada porque nas idades mais precoces existem um risco maior de arrependimento por ter-se submetido a este método definitivo.

O requisito idade é importante a nível de programas de saúde pública pelo fato que tanto profissionais como casais têm diversas experiências e perspectivas em relação ao método solicitado.

Em relação ao grau de escolaridade das mulheres, variou entre 4 e 12 anos de instrução formal, com uma média de 8.5 anos de escolaridade, o que equivale no Chile ao primeiro grau completo (8 anos).

A partir deste dado, poderíamos supor que as mulheres estavam preparadas para tomarem conhecimento escrito com respeito à solicitação e aceitação deste método anticoncepcional definitivo.

A grande vantagem deste fato é a maior facilidade de

acesso à informação, em especial de novas e pouco difundidas tecnologias anticoncepcionais, que ajudam aos casais a tomarem uma decisão com maior conhecimento, especialmente, porque este método definitivo é pouco difundido a nível da literatura de saúde e a nível de comunidade.

O Chile têm uma taxa de alfabetização de 94.4% (1983) ⁽¹⁰⁾, o que respalda a suposição de que a grande maioria dos casais tinha acesso à informação escrita a respeito deste ou qualquer outro método de planeamento familiar. Mais ainda, o censo de 1982 mostrou que 85.3% da população feminina de 15 a 54 anos têm quatro ou mais anos de escolaridade, este fato é importante porque quem recebe a informação sobre planeamento familiar geralmente é a mulher ⁽¹¹⁾.

Na perspectiva de oferecer este método anticoncepcional no nível de programa de saúde deve incluir além da informação escrita, a oral dirigida especialmente à população analfabeta que poderia estar solicitando o método, cumprindo assim, com o postulado de direito básico, quanto a medidas de planeamento familiar dirigida a toda mulher em idade fértil. Embora a população de analfabetas seja um contingente pequeno, pois menos do 14.7% da população tem menos de 4 anos de escolaridade.

A grande maioria das mulheres (80%) não trabalhavam em forma remunerada. Só duas mulheres o faziam, uma como recepcionista e outra como costureira, sendo que ambas afirmaram que este fator não foi motivo para adotarem este método irreversível, pois realizavam ocupações legalmente

registradas e diante de uma gravidez gozariam de todos os benefícios legais.

Do total das dez mulheres, nenhuma argumentou que limitaria a família para poder trabalhar, isto é importante diante dos processos econômicos e de modernização que têm experimentado o país nos últimos tempos, trazendo como um de seus resultados a progressiva incorporação da mulher no mercado de trabalho.

Na análise dos dados em relação às religiões, tivemos oito católicas, uma evangelistas e outra adventista. A nível do País o catolicismo é a religião predominante.

O estudo realizado em 1978, em Santiago por Molina e López ⁽³⁹⁾, mostrou que num grupo de mulheres que submetidas à esterilização cirúrgica, houve predomínio da religião católica.

Embora a doutrina católica em seus postulados aprovam somente os métodos anticoncepcionais naturais, os dados antes referidos mostram que na prática do catolicismo a ocorrência da esterilização feminina não é excluída, isto é, ocorre à revelia da Igreja.

Este fato é semelhante ao que acontece na América Latina -predominante católica-, onde a esterilização feminina têm a maior prevalência e a hierarquia católica tem manifestado seus argumentos contra a utilização dos métodos anticoncepcionais modernos ⁽⁴⁰⁾.

Os antecedentes expostos, mostram que, caso este método venha a ser implantado nos programas de saúde, a prática do

catolicismo pelas mulheres solicitantes não seria obstáculo.

Com a finalidade de satisfazer a necessidade de controle da fertilidade, o método em questão é oferecido a toda mulher em idade fértil, independentemente do seu estado civil, como é verificado por oito mulheres casadas e as duas restantes, legalmente solteiras.

A esterilização com quinacrina não está inserida na legislação chilena. A esterilização cirúrgica somente é praticada por razões de saúde, assim para sua realização não inclui-se como requisito o estado civil, o que foi verificado no estudo feito em 573 mulheres na maternidade do Hospital San Borja em Santiago (1970-1973), no qual a maior parte das mulheres esterilizadas eram casadas (75.7%) e as restantes, solteiras⁽³⁴⁾.

As proporções variam de uma região a outra, como nos Estados Unidos, Divers⁽⁴⁹⁾ encontrou em seu estudo, que 81% de mulheres esterilizadas eram legalmente casadas. Mas o essencial de se destacar é o fato de não ter discriminação a respeito do estado civil, o que possibilita o acesso a toda mulher que solicite este método definitivo.

O que reflete a verdadeira necessidade de proteção anticoncepcional é o estado marital, que na população em estudo foi de 100% estável. Atualmente em muitos estudos esta variável é utilizada para não subestimar o evento medido - necessidades de planejamento familiar -, porque a vida sexual e suas necessidades de regulação da fecundidade

não se restringem à vida matrimonial, mas ainda nos tempos atuais onde se aprecia mudanças no estilo de vida.

4.2. HISTÓRIA REPRODUTIVA

Em 1964 foi implantado no Chile o planejamento familiar nos programas de saúde da mulher, estes basearam-se no alto índice de mortalidade materna em decorrência do aborto provocado responsável por mais de 1/3 dos óbitos maternos naquela época, assim, o estado outorga apoio oficial as atividades de planejamento familiar por estritas razões de saúde. Como resultado, o sistema de saúde forneceu a toda mulher em idade fértil, métodos anticoncepcionais para evitar a gravidez "7".

Como consequência deste evento, as mulheres do estudo poderiam utilizar as vantagens do programa de planejamento familiar, pelo fato de que todas elas iniciaram a vida fértil a partir desta década.

O quadro 2 sintetiza a história reprodutiva destas mulheres.

**QUADRO 2. HISTÓRIA REPRODUTIVA DAS MULHERES
ESTERILIZADAS COM QUINACRINA.
HOSPITAL SOTERO DEL RIO, SANTIAGO,
CHILE, ABRIL A JUNHO DE 1990.**

PACIENTES

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
IDADE NA MENARCA (ANOS)	12	13	12	14	12	15	11	13	11	8
IDADE DE INÍCIO RS (ANOS)	18	20	17	18	20	18	19	19	19	14
USO DE AC AO MOMENTO DE INICIAR RS	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO
IDADE NO INÍCIO DE USO AC (ANOS)	20	21	19	21	22	21	21	28	20	16
MOMENTO DA VIDA REPRODUTIVA	POS 2 (PARTO)	POS 1 (PARTO)	POS 1 (PARTO)	POS 1 (PARTO)	POS 1 (PARTO)	POS 1 (PARTO)	POS 1 (PARTO)	POS 2 (PARTO)	POS 2 (PARTO)	POS 2 (GRAV.)
TEMPO DE USO DE AC (ANOS)	6	9	13	12	10	10	9	10	9	15
IDADE NA PRIMEIRA GRAVIDEZ (ANOS)	18	20	18	19	21	20	20	21	19	15
NÚMERO DE GESTAÇÕES	5	4	4	6	5	3	11	3	3	3
NÚMERO DE PARTOS	5	4	4	4	3	3	3	3	2	2
NÚMERO DE FILHOS VIVOS	5	4	3	4	3	3	3	3	2	2
NÚMERO IDEAL DE FILHOS	3	3	1	2	2	3	3	4	2	2
PLANEJAMENTO DA ÚLTIMA GRAVIDEZ	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	NAO	SIM	NAO	SIM	NAO
NÚMERO DE PARCEIROS SEXUAIS	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2
TEMPO DE RELAÇÃO COM ATUAL PARCEIRO (ANOS)	10	12	14	16	14	10	18	15	18	11
PESSOAS ENVOLVIDAS NA DECISÃO AC ATUAL	CASAL	CASAL	CASAL	CASAL	CASAL	CASAL	MULHER	CASAL	CASAL	MULHER
DECISÃO DA MULHER	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	SIM	NAO	SIM	SIM

AC = anticoncepcionais

RS = relações sexuais

O início da vida fértil, verificado através de seu símbolo mais significativo de maturação bio-social como é a menarca, aconteceu nas mulheres em estudo aos 12.1 anos, em média, com uma amplitude que varia de 8 a 15 anos e com uma moda de 12 anos, isto verificado em torno da década de 60.

Por esse mesmo período, calcula-se uma idade média na menarca de 12.9 anos para a população chilena, similar aos dados encontrados numa população branca e de condições sócio-econômicas baixas nos Estados Unidos em 1976 (12.8 anos) (2) (48).

No nível mundial a tendência é de uma menarca precoce como é verificado na Europa, onde tem diminuído dez meses por geração. Atualmente, a idade na menarca em áreas urbanas, situa-se entre 12.5 a 13.5 anos e parece ter uma tendência a estabilizar-se em alguns países desenvolvidos, como nos Estados Unidos entre 12 a 13 anos (2).

O anteriormente mencionado, mostra que o grupo em estudo tinha uma alta probabilidade de estar influenciado de diferentes maneiras por características genéticas, sanitárias e sócio-econômicas que favorecem o início da vida fértil nas idades mais precoces.

No evento início das relações sexuais a média foi 16.4 anos, com um intervalo de 14 a 20 anos, mas se analisarmos estes dados em relação à moda, verificamos que o comportamento das mulheres em relação a este acontecimento - início das relações sexuais - ocorre nas idades de 18 e 19 anos. Visto de outro modo, durante o período da

adolescência, 80% de nosso grupo deu início a sua vida sexual ativa, eventos que aconteceram a partir do início da década de 70.

Em épocas anteriores a esta década era difícil medir a atividade sexual dos adolescentes, desta maneira nos referimos às estatísticas posteriores a este período, como foi o resultado do Inquérito Nacional de Fecundidade realizado em 1974 (Chile), o qual mostrou que 7.2% da população de 15 a 19 anos eram sexualmente ativos⁽⁴⁹⁾.

Posteriormente outro inquérito realizado em 813 universitários de Santiago (1989), mostrou que o primeiro coito foi em média aos 16.7 anos em homens e 18.1 anos em mulheres⁽⁴⁷⁾.

Em outra população de 2.588 mulheres que recorreram a um hospital de São Paulo por complicações de aborto, no período 1978-1982, tiveram a primeira relação sexual em média aos 17.3 anos⁽⁴⁵⁾.

A diferença ou semelhança entre os grupos depende de fatores tais como: maior liberdade pessoal, oportunidade de relacionamento social e desenvolvimento de atitudes não tradicionais relacionadas com o comportamento sexual.

De fato as mulheres do estudo viveram sua adolescência dentro de um contexto social que as contemplava nos programas de saúde da mulher, mas por ser um grupo com características diferentes das demais, estas não se sentiam favorecidas pelos benefícios do programa.

O início da vida sexual ativa das mulheres, foi

exercida sem uso de métodos anticoncepcionais (100%), principalmente por motivos tais como, crenças errôneas a respeito da saúde, relações sexuais não planejadas, desconhecimento e/ou falta de acesso econômico às medidas anticoncepcionais.

De igual modo que no passado, dados atuais da Pesquisa Nacional Sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, realizada em 1986 (Brasil) mostra que 80% dos adolescentes com atividade sexual e solteiros, não usavam nenhum anticoncepcional por ocasião do primeiro coito⁽⁴⁾.

Com estes antecedentes constatamos que a maioria das vezes os jovens esperam ter se iniciado sexualmente antes de procurar informação de métodos anticoncepcionais e adotar seu uso, geralmente por uma atividade sexual não programada e esporádica que põem de manifesto necessidades diferentes em relação aos demais grupos, já que elas não se consideram alvo das vantagens do programa de planejamento familiar, portanto, daí uma importante causa da falta de procura dos serviços de saúde.

O início da utilização de métodos anticoncepcionais pelas mulheres deu-se numa faixa bastante ampla, que variou de 16 a 28 anos e com uma idade média de 20.9 anos, verificando assim, uma diferença de vários anos em relação a idade média de início da atividade sexual ativa (16.4 anos).

O início de uso de anticoncepcionais ocorreu em 100% dos casos após algum evento obstétrico, o que significa que estas mulheres engravidaram sem planejamento familiar,

refletindo a falta de eficácia de programas daquela época a respeito da pesquisa de necessidades deste grupo específico.

A gravidez para este grupo, pode ter significado a maior motivação para uma sensibilização a respeito do uso de anticoncepcionais, além disso, este evento -gravidez- geralmente é o primeiro contato que tem as mulheres com os serviços de saúde, valendo para um agendamento e posterior seguimento da saúde integral da mulher.

A utilização destes métodos anticoncepcionais, excluindo os períodos de gravidez, variou de 6 até 15 anos, com uma média de 10.3 anos. Sendo os mais utilizados os hormônios orais e DIUs tais como alça de lippes e TCu.

Num País como os Estados Unidos, um estudo prospectivo que incluiu 6.307 mulheres esterilizadas em nove hospitais universitários (1978 - 1984), feito pela "Collaborative Review of Sterilization" verificou que 60% destas mulheres haviam utilizado de um a dois tipos de anticoncepcionais temporários antes de submeter-se a esterilização ⁽³¹⁾.

Tentando uma visão retrospectiva deste método não-cirúrgico através do trabalho de López ⁽³⁵⁾ realizado no Chile, no mesmo ambulatório desta pesquisa, verificamos uma média de 2.4 métodos reversíveis utilizados por 506 mulheres esterilizadas no período 1978-1986. Os métodos usados pré-esterilização por este grupo foram anticoncepcionais orais e DIUs, os quais correspondem proporcionalmente aos métodos mais usados pela população do país ⁽⁴⁰⁾.

De um modo geral, o ideal é que as mulheres que

procuram métodos definitivos, o façam somente após ter utilizado outras opções anticonceptivas reversíveis principalmente pelo problema de "arrependimento" que pode ter esta forma de encerrar a vida reprodutiva.

Em relação a primeira gravidez, as mulheres do grupo de estudo tinham no momento desta, uma idade média de 19.1 anos, isto é, o primeiro evento obstétrico aconteceu com a mesma idade ou um ano após iniciada a vida sexual ativa, o qual é esperado para mulheres em idade fértil sem proteção anticoncepcional.

Em dados mais atuais (1988) Valenzuela e col. obtiveram uma idade média no primeiro parto de 19.0 anos, resultado de um inquérito reprodutivo na área urbana de Santiago ⁽⁴⁹⁾.

Se aceitarmos que ambos os grupos podem ser comparáveis, observamos que a idade na primeira gravidez não variou através do tempo nesta mesma região, mas o que pode ter mudado é a proporção de mulheres grávidas nesta faixa etária, como o que revelam as estatísticas chilenas através da taxa global de fecundidade -que representa o número de filhos que teria uma mulher ao final de sua vida fértil-. Essa taxa tem diminuído de forma relevante em todos os grupos etários (desde 5.06 em 1964 a 2.40 filhos/mulher em 1988), com exceção das adolescentes. O período da adolescência é considerado de alto risco reprodutivo tendo em vista os maiores índices de morbi-mortalidade materna e perinatal ⁽²⁾⁽¹⁰⁾⁽²⁴⁾⁽²⁷⁾⁽⁴⁰⁾.

O número total de gestações das mulheres variou de 3 a 11, com uma média de 4.7 e uma moda de 3 gravidez. A metade deste grupo (5 mulheres) tem antecedentes de aborto, sendo que em quatro mulheres foi de tipo espontâneo, chamando atenção a paciente designada (G), quem teve 8 abortos espontâneos (diagnóstico de aborto habitual).

Em outras populações chilenas, como as mulheres submetidas a esterilização no Hospital J.J. Aguirre em Santiago, 51.8% caracterizaram-se por terem tido abortos anteriores, não fazendo distinção entre espontâneos e induzidos ⁽²²⁾.

A importância de avaliar o fato -aborto induzido- revela a tendência que teria uma próxima gravidez não planejada.

No Chile, o aborto provocado tem interesse pela alta mortalidade materna que levou à implantação do programa de regulação da fecundidade ⁽²³⁾.

Na América Latina é difícil conhecer a verdadeira prevalência do aborto induzido porque os registros são como a visualização da ponta de um "iceberg", quer dizer, aquilo que se vê não permite conhecer a verdadeira magnitude do problema.

A paridade das mulheres variou de 2 a 5, com uma média 3.4 e moda de 4 partos. Estes dados ao compará-los com o número de filhos vivos no momento da esterilização, observamos uma morte que aconteceu no período infantil tardio, tal fato revela que a taxa de mortalidade neonatal

para o grupo em estudo foi zero. Este último indicador reflete a qualidade de saúde da mulher durante o período gestacional e o nível de atenção dos serviços de saúde.

Desta maneira o número de filhos vivos no momento da esterilização foi 2 a 5, com uma média de 3.2 filhos/mulher.

Fazendo referência a outros trabalhos realizados num País desenvolvido (U.S.A.), no universo de mulheres esterilizadas cirurgicamente (5.022 casos) atendidas em nove hospitais durante o período 1978 a 1980, o número de filhos variou de 1 a 2 (31).

No Brasil, a paridade no momento da esterilização variou em função do grau de urbanização da região. Em São Paulo, a média aproximada foi de 3 filhos, e na região Nordeste, menos urbanizada foi de 5 filhos (32).

No Chile, observamos as mulheres submetidas a este método não-cirúrgico no período de 1978 a 1986, tiveram em média 3.9 filhos vivos por mulher (33).

A disparidade com relação ao tamanho da família entre estas populações parecem estar fortemente baseados nos padrões de cada comunidade, as que podem estar representadas pela taxa global de fecundidade.

O número ideal de filhos desejados pelas mulheres do estudo variou de 1 a 4, com uma média de 2.5 filhos/mulher, similar à taxa global de fecundidade para o País que era de 2.4 filhos/mulher em 1988.

É importante conhecer o número ideal de filhos informados pela mulher, porque de uma forma geral reflete os

padrões da sociedade, os quais deveriam ser satisfeitos principalmente pelos programas de saúde.

O planejamento familiar -entendido pelas mulheres como espaçamento e limitação do número de filhos- e os problemas de saúde da mulher -que inclui patologias concomitantes com a gravidez e com a utilização de métodos anticoncepcionais- foram as causas argumentadas de procura deste método definitivo pela maioria das mulheres como observa-se na tabela 1.

TABELA 1. Distribuição das causas argumentadas de procura do método de esterilização com quinacrina pelas mulheres. Hospital Sotero del Rio, Santiago - CHILE, abril a junho de 1990.

Paciente	Causas	Núm. filhos vivos	Núm. ideal filhos
A	planejamento familiar	5	3
B	saúde	4	3
C	plan. familiar e saúde	3	1
D	plan. familiar e econômica	4	2
E	plan. familiar e saúde	3	2
F	planejamento familiar	3	3
G	saúde	3	3
H	saúde	3	4
I	plan. familiar e saúde	2	2
J	planejamento familiar	2	2

Nesta tabela, vemos que seis mulheres têm uma causa de procura do método (três por saúde e as outras três por planejamento familiar).

As mulheres que haviam informado duas causas, em todas elas, uma foi por planejamento familiar.

Chamando atenção que das mulheres que procuraram este método só por razões de saúde, duas tinham atingido seu tamanho ideal de família, o que de uma maneira deve estar expressando a satisfação a respeito da constituição de família "ideal" para este grupo. Os motivos argumentados pelas mulheres que optaram por um método definitivo se modificam a partir da evolução da situação social, legal e política da esterilização feminina em seus respectivos países, como expõe um estudo prospectivo realizado no México⁽⁹⁾. Neste mesmo País, no início da década de 70, a esterilização podia ser solicitada por razões de saúde, onde 49% das esterilizações feitas em 1973 foram praticadas por indicação médica. A partir desse ano, a esterilização foi oficialmente incluída nos programas de planejamento familiar, com alguns requisitos relativos a idade e paridade. A seguir, em 1976, observou-se uma diminuição brusca na proporção de indicações médicas (17%). Já em 1980 esse método anticoncepcional podia ser solicitado pela simples demanda, sem nenhum tipo de requisito. Conforme avaliação feita no ano seguinte aumentou de maneira importante a solicitação relativa a outras causas como: problemas econômicos e ter atingido o número de filhos

desejado.

No nível geral, os motivos de procura deste ou qualquer outro método anticoncepcional depende principalmente das necessidades sentidas pelo casal ou mulher, bem como do contexto sócio-legal.

Como o método não-cirúrgico pode ser solicitado por outras razões além das condições de saúde, as causas informadas pelas mulheres refletem com mais clareza os objetivos da população.

Em relação à vida sexual e o número de parceiros, sete mulheres tiveram um parceiro, isto é, o mesmo homem desde o início da vida sexual ativa, e as três restantes, referiram que tiveram pelo menos dois parceiros. Estes dados devem estar refletindo de uma maneira geral a estabilidade do casal, sendo que a média foi de 13.8 anos de convivência marital, formando o que chamamos de uma família constituída.

As estatísticas do continente americano, mostram que as mulheres que adotaram o método de esterilização definitiva em países como Colômbia, Equador, República Dominicana e México tinham 15 a 19 anos de matrimônio no momento de submeter-se à mesma⁴⁴. Os fatos mencionados têm maior importância pela alta prevalência que tem o método no nosso meio.

Com o objetivo de conhecer quais foram os meios de informação utilizados na obtenção de conhecimentos sobre este método definitivo, verificamos que em nove mulheres foi

à partir dos profissionais da saúde. Desta maneira a população alvo teve a maior probabilidade de receber um conteúdo fidedigno e sem distorções. O programa de planejamento familiar deve incluir informação completa, adequada e imparcial a respeito de todos os anticoncepcionais. Esta orientação é um aspecto importante no trabalho dos profissionais ligados à esta área de desenvolvimento, porque pode ser um dos melhores meios de combater boatos e informações errôneas a respeito dos anticoncepcionais, ajudando assim aos casais a tomarem uma decisão informada.

Um estudo que destaca a relevância destes aspectos foi o trabalho feito na República Dominicana em 1977, que conclui que boatos desfavoráveis levaram à interrupção do uso de vários métodos reversíveis⁽⁵⁾.

Os elementos informativos anteriormente referidos são básicos para contribuir para uma tomada de decisão no momento de adotar este método definitivo. Diante da questão: se a mulher tomaria a decisão de utilizar este método definitivo independente do companheiro; em 90% dos casos a resposta foi positiva. O que reflete que a mulher não está sendo pressionada pelo homem a tomar esta decisão.

4.3. ANTECEDENTES E CONDIÇÕES DE SAÚDE ATUAL

Nesta etapa do estudo utilizou-se os dados registrados nos prontuários clínicos das mulheres esterilizadas, os quais eram preenchidos pelo pessoal do ambulatório no mesmo dia de iniciada a esterilização, tendo como objetivo, avaliar as condições de saúde no momento de adotar este método definitivo.

Orientar um casal sobre qual é o método mais adequado para eles não é tarefa fácil, para esta eleição cuidadosa é indispensável a análise de cada elemento anticoncepcional, suas interações e possíveis implicações sobre os aspectos físicos e psicológicos do casal.

A utilização de um método depende de vários fatos, entre eles a disponibilidade dos mesmos, que no caso do programa de planejamento familiar do Chile, temos os anticoncepcionais orais, dispositivos intrauterinos, preservativos e químicos. Nestes, tem que se avaliar principalmente as características de eficácia, inocuidade e aceitação.

O segundo fato que deve ser levado em conta são as causas de demanda do casal, que nas mulheres em estudo é a limitação da família por diferentes razões.

De forma geral, quase sempre os benefícios que derivam do planejamento familiar são muito maiores que os efeitos negativos que esta pode ter. Mas, para manter o menor risco deve-se garantir a utilização na forma ótima, desta maneira,

toda escolha anticoncepcional deve se basear principalmente nas atuais condições de saúde, expectativas da mulher, história obstétrica e anticoncepcional.

Todos estes antecedentes devem formar parte da bagagem de informação correta e clara que deve ter o casal e o profissional para orientar antes de utilizar qualquer método anticoncepcional, já que estes fatos limitariam a livre escolha de um método, o qual tem como objetivo, expor ao casal aos menores riscos biológicos.

Estes fatos -condições de saúde, expectativa da mulher, história obstétrica e anticoncepcional- foram desenvolvidos através dos prontuários do grupo em estudo (anexo 3).

Iniciaremos pelos antecedentes gerais, no qual só a paciente (E) apresentou um evento cirúrgico (apendicectomia no ano 1965). Procuramos conhecer estes fatos cirúrgicos principalmente os mais recentes e de tipo ginecológico pela contra indicação de submeter a mulher à inserção intrauterina de "pellets" de quinacrina.

Ressaltamos a história das alterações psiquiátricas, onde nenhuma mulher apresentou caso algum, pelo fato de ser requisito para obter este método definitivo. Este baseia-se na decisão consciente para evitar posteriores problemas advindos do arrependimento de ter-se submetido a este método definitivo.

Na anamnese que deu ênfase aos sintomas e sinais que poderiam estar presentes ao submeter a mulher à inserção

intrauterina de 180 mg de quinacrina, como a cefaléia e alergia, sendo que o primeiro sintoma foi referido por 6 mulheres da seguinte maneira:

- na paciente (D) foi de caráter leve e esporádico, o qual cedia sem analgésicos.
- a paciente (E) com a ingestão de anticoncepcionais orais, apresentava cefaléia moderada que cedia com analgésicos.
- na paciente (F) acentuava-se a cefaleia ao ingerir anticoncepcionais orais, precisando da mesma maneira que as pacientes anteriores, analgésicos para seu tratamento sintomático.
- cefaléia de tipo pré-menstrual leve apresentou-se nas pacientes (G) e (I).
- e na paciente (H) a cefaléia era de tipo moderada e ocasional, diminuindo com analgésicos.

A importância de avaliação deste sintoma está ligada aos antecedentes referidos por Zipper, autor pioneiro do método não-cirúrgico, que encontrou cefaléia como um dos sintomas informados pelas mulheres esterilizadas com este método (51) (52).

Outro sinal que foi avaliado na anamnese foi a alergia a fármacos, nenhuma das dez mulheres do grupo relataram antecedentes.

O seguinte evento referido na anamnese foram as patologias em controle atual, tais como hipertensão arterial acentuada pela ingestão de anticoncepcionais orais na

paciente (E) e uma displasia mamária na paciente (F). Deste item interessa conhecer as possíveis patologias concomitantes com a gravidez ou com a utilização de métodos anticoncepcionais reversíveis que podem contribuir como antecedentes para solicitar o método não-cirúrgico.

Nos antecedentes ginecológicos e obstétricos, temos a paridade, fato de grande interesse para avaliar as condições da mulher.

"Os efeitos negativos da paridade é levemente maior no primeiro parto em relação ao segundo e terceiro parto, a partir do qual eleva-se gradativamente com cada gravidez subsequente, até a quinta, depois da qual o aumento é ainda mais acentuado"⁽²⁴⁾. Baseados na afirmação anterior temos que o próximo parto, em 80% das mulheres, apresentaria uma maior probabilidade de morbidade advindos da paridade quatro ou mais.

A respeito dos resultados negativos de uma gravidez como é o aborto, cinco mulheres apresentaram estes eventos. Chamando atenção a paciente (G), quem tem um diagnóstico de aborto habitual com 8 abortos espontâneos. Só uma mulher (D) teve 1 aborto provocado que foi a última gravidez, fato este que atua como prognóstico para uma possível gravidez não planejada.

Outros motivos que contribuíram para a opção pelo método não-cirúrgico, foram as patologias concomitantes com a gestação tais como, infecção urinária na terceira gravidez da paciente (C) e colestase intra-hepática na paciente (B),

(H) e (I), que nesta última paciente foi causa de cesárea.

As demais causas de parto distócico foram estreitamento pelvico (paciente E e J), circular do cordão umbilical no recém-nascido e ruptura prematura de membranas (paciente G). O parto distócico e suas causas são decisivos para o prognóstico do resultado do próximo parto.

Em relação as condições do último puerpério foram de normalidade em todas as mulheres. Este fato tem importância pelas possíveis infecções pelvianas pós-parto.

A história anticoncepcional foi variando ante o surgimento de diversas causas de suspensão, tais como efeitos colaterais, 57.5%; ineficácia, 15%; insegurança dada pela baixa eficácia, 7.5%. Os principais efeitos colaterais foram restritos às patologias de maior incidência nos respectivos tipos de anticoncepcionais, tais como alterações menstruais nos DIU e intolerância gástrica com orais. A falha do método (gravidez) aconteceu nas usuárias de DIU. E a insegurança quanto aos anticoncepcionais foi relatada pelas mulheres que utilizavam anticoncepcionais químicos catalogados com baixa eficácia.

A avaliação das causas de suspensão dos métodos utilizados nos permite conhecer a probabilidade de repetir-se ao submeter a mulher ao método não-cirúrgico.

Além disso, outras causas de suspensão de métodos anticoncepcionais reversíveis foram o desejo de gravidez, 15% e desejo de ser esterilizada, para não precisar de abastecimento de métodos reversíveis, que inclui o custo

da aquisição de anticoncepcionais até o deslocamento para as unidades de saúde, 5%.

Quanto à utilização de métodos anticoncepcionais reversíveis antes de se submeterem à esterilização, estas mulheres em média usaram 3.8 métodos anticoncepcionais, com o uso mínimo de 2 (paciente H) e um máximo de 6 (paciente C), sendo os mais usados os DIUs, dentro deles a alça de Lippes, T cobre (TCu) e anticonceptivos orais. Os requisitos atuais consideram indispensável ter utilizado anticoncepcionais eficazes de tipo reversíveis, antes de adotar este método definitivo.

No momento de submeterem-se à inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina, as pacientes traziam um resultado de citologia cérvico-uterina normal realizado nos últimos 12 meses, já que o evento câncer cérvico-uterino tem uma alta prevalência na América Latina e a inserção dos "pellets" é via transcervical. É considerado indispensável a citologia cérvico-uterina pré-esterilização para não agravar uma possível alteração presente ou para avaliar possíveis eventos que poderiam estar-se produzindo a partir da esterilização não-cirúrgica.

Ao exame físico geral as mulheres apresentavam as seguintes condições:

. Iniciando pelo peso da mulher, que variou de 50 kilos (paciente F) a 72 kilos (paciente D).

. Os sinais vitais foram de 72 a 88 batimentos por

minuto, temperatura axilar de 36.5 a 36.8 °C e uma pressão arterial de 120/60 a 140/100 mm Hg (paciente E).

Continuando com o exame físico geral, todas as mulheres apresentaram uma pele íntegra e sem problemas, mas em relação à inspeção das extremidades inferiores as pacientes (C) e (H) apresentaram varizes. A inspeção da pele teve o objetivo de pesquisar problemas alérgicos e as alterações das extremidades inferiores, na finalidade de aportar antecedentes de uso de anticoncepcionais hormonais.

Referindo ao exame mais decisivo para adotar este método definitivo, o exame ginecológico, a paciente (F) apresentava mastalgia e nódulo no quadrante súpero-externo na mama esquerda. A palpação da região abdominal de todas as mulheres foi normal. Igualmente o toque vaginal e especuloscopia do colo uterino, o que indica que todas as mulheres estavam aparentemente aptas para se submeterem à inserção intrauterina da primeira dose de "pellets".

A histerometria resultou entre 7.5 cm nas pacientes (H), (I), (J) e 9.5 cm na grande multipara (paciente A). Esta medição é útil para inserir os "pellets" no fundo uterino.

Os "pellets" de quinacrina devem ser inseridos nos primeiros dez dias do ciclo menstrual para eliminar toda suspeita de gravidez, desta maneira, o dia de inserção da primeira dose de 180 mg de "pellets" de quinacrina foi no período pós-menstrual, entre o quarto dia (paciente F) e décimo dia (pacientes D e E) da fase proliferativa do ciclo

menstrual.

Constatamos de uma forma global, que 100% da história anticoncepcional das mulheres tinha algum fracasso anticoncepcional. Com relação à história obstétrica 80% tinham algum evento patológico. Com estes antecedentes as mulheres apresentavam-se no momento de iniciar a esterilização.

Paralelamente às normas de programa de planejamento familiar destinado a toda comunidade, devemos considerar o casal individualmente, portanto, analisaremos cada caso solicitado dentro do contexto real das atuais opções anticoncepcionais e reprodutivas. Deve-se considerar fatores, tais como a história clínica, os meios anticoncepcionais e as expectativas das mulheres, sendo estes instrumentos importantes para conhecer os riscos e benefícios do próximo evento obstétrico, da continuação do consumo de métodos reversíveis ou da utilização do método procurado (não-cirúrgico).

Serão analisados os dez prontuários de forma individual, acompanhado das expectativas reprodutivas das mulheres.

Pelos antecedentes, a paciente (A) não tem contraindicações clínicas para uma terapia de anticoncepcionais orais ou injectáveis, métodos de alta eficácia que não foram utilizados pela mulher, podendo-se

indicar seu uso nas atuais condições.

Esta grande múltipara - 5 partos - tem antecedentes da última gravidez não planejada, procura do método atual por razões argumentadas estritas de planejamento familiar e considera o número ideal de família 3 filhos, desta maneira, temos que a próxima gravidez estaria na categoria de não desejada. Este dado, mais os fatos biológicos -multiparidade - iriam expor a um risco o próximo evento reprodutivo.

Na avaliação da situação atual, esta paciente (A) ao ter opções anticoncepcionais reversíveis, o método não-cirúrgico deve oferecer no mínimo, iguais condições de alta eficácia anticoncepcional, que os métodos indicados anteriormente para satisfazer as expectativas de uma não gravidez.

A paciente (B), múltipara (4 filhos), tem contraindicações aos DIU, pelas algias pelvianas podendo levar a uma expulsão; aos injetáveis pelas polihipermenorreias que podem conduzir a uma posterior anemia e os anticoncepcionais orais pelos antecedentes de colestase intra-hepática durante duas gravidez; estes efeitos colaterais foram as principais razões de procura do método definitivo. Embora esta mulher tinha ultrapassado o número considerado por ela como ideal de família e a sua última gravidez não tinha sido planejada, as principais causas de procura deste método definitivo são as razões de deterioro da saúde, derivada da utilização de anticoncepcionais anteriormente relatadas.

Diante das razões de saúde expostas e argumentadas pela mulher -frente ao uso de anticoncepcionais- a esterilização deve oferecer condições superiores de inocuidade anticoncepcional para esta paciente.

Outra múltipara de 4 filhos (paciente C), que apresentou complicação urinária durante a terceira gravidez, utilizou métodos reversíveis da mais alta eficácia. O uso de anticoncepcionais tipo DIU e hormônios orais foi tentado duas vezes intercaladas, ainda assim, os motivos de suspensão foram principalmente hipermenorréia, intolerância gástrica e varizes.

As razões de procura da esterilização - planejamento familiar e saúde - basearam-se principalmente no atual risco da paciente frente a sua história anticoncepcional, acoplado ao fato de estar além do número de filhos desejados.

Pelos antecedentes expostos uma nova tentativa de usar qualquer anticoncepcional eficaz (DIU, orais e injetáveis), repetiria os efeitos colaterais acontecidos, desta maneira, a solicitação do método não-cirúrgico precisa satisfazer principalmente às características de inocuidade anticoncepcional.

A paciente (D) apresentou antecedentes de cefaléia leve e esporádica que precisa ser diagnosticada pela relação que apresenta com o uso de anticoncepcionais orais e pela posterior agravante que poderia ter com o método não-cirúrgico.

A história anticoncepcional apresentou falha do método e efeitos colaterais com DIU e hormônios orais, respectivamente. Mas quanto aos hormônios injetáveis usados durante três anos não apresentaram nenhuma complicação. Desta maneira, a paciente ainda tem opção de anticoncepcionais reversíveis, o que é da maior importância, tendo em vista as causas alegadas de planejamento familiar e econômicas, que tem presente dois fatos:

- a última gravidez não planejada terminou em aborto provocado, o que demonstra firmemente o desejo de não aumentar a família.
- a aquisição de anticoncepcionais injetáveis, que apresenta a atual opção, tem o problema de compra do produto pela paciente, levando a gastos, uma vez que este produto não é fornecido pelo programa de planejamento familiar.

Este último fato mostra a falha do programa em não responder a todas as necessidades de planejamento familiar. Os antecedentes revelam que possivelmente a falta de opção levou à adoção do método não-cirúrgico, em vista que o método é oferecido sem custo à paciente.

A paciente (E) usou 3 tipos de DIU que tiveram como causas de suspensão: o desejo de gravidez, expulsão e falha do método. Os anticoncepcionais orais tem contraindicação absoluta devido à cefaléia e hipertensão arterial em atual controle. Estes antecedentes excluem as alternativas de uso de métodos eficazes oferecidos pelo programa.

Em relação ao aspecto obstétrico o próximo evento poderia terminar em gestação de alto risco pelos antecedentes de duas cesáreas, sem contar as possíveis complicações que poderiam surgir pelos antecedentes de abortos espontâneos nas duas últimas gestações, e atual hipertensão arterial.

Pela magnitude e repercussão da história ginecológica e obstétrica da paciente, deve-se enfatizar a necessidade de um método altamente eficaz e que no mínimo não apresente efeitos colaterais concomitantes com a patologia em controle atual, para assim garantir as expectativas de planejamento familiar e saúde da paciente.

A história anticoncepcional da paciente (F), apresenta contraindicação aos anticoncepcionais orais por antecedentes de cefaléia, displasia mamária e intolerância gástrica. Quando utilizado os DIUs (TCu e Lippes) houve falha do método, isto é, gravidez.

A história obstétrica tem antecedentes de normalidade e a procura do método não-cirúrgico é só por razões de planejamento familiar, após ter alcançado o número ideal de filhos desejados por esta mulher.

O método procurado teria que satisfazer os aspectos relativos aos efeitos colaterais dos anticoncepcionais orais e não interatuar negativamente com atual patologia em tratamento, displasia mamária. Embora tenha bom antecedentes obstétricos e a paciente tenha procurado o método por razões exclusivas de planejamento familiar.

A intolerância gástrica e hipermenorreia na paciente (G) foram causa de suspensão de anticoncepcionais orais e DIU tipo Lippes, contrariamente a estes métodos, o DIU, TCu foi muito bem tolerada.

A próxima gestação é de alto risco reprodutivo, baseados nos antecedentes das onze gestações anteriores, das quais oito terminaram em aborto espontâneo, duas em cesárea e só a primeira gravidez em parto normal.

Considerando os fatos anteriores, esta paciente tem ainda opção anticoncepcional com o DIU TCu, mas devido a seu alto risco reprodutivo, o método não-cirúrgico deveria oferecer condições iguais ou superiores de eficácia anticoncepcional.

Levando-se em conta a idade da paciente (H) 39 anos, cefaléia, varizes e antecedentes de colestase intra-hepática durante a segunda gravidez ficam contraindicados os anticoncepcionais hormonais. O DIU Lippes utilizado durante nove anos teve como causa de suspensão a hipermenorreia. Os anticoncepcionais químicos foram utilizados sem problemas por um ano, sendo que, a mulher os suspendeu por insegurança em relação à eficácia. O fato da mulher suspender o último método utilizado pela baixa eficácia, não sofrer atualmente de nenhuma patologia e limitar a família em 3 filhos, considerando quatro o número ideal. São eventos que reafirmam as razões de saúde argumentadas pela mulher frente ao risco que representa o próximo sucesso obstétrico nos extremos da vida fértil.

A história obstétrica mostra que nenhuma das 3 gravidezes da paciente (I) terminou em parto normal, sendo que o próximo parto, no mínimo, seria forceps profilático pelos antecedentes de cesárea.

Os métodos anticoncepcionais utilizados foram suspensos por diferentes causas desde: hipermenorreias com o DIU; intolerância gástrica com os hormônios orais até insegurança pela baixa eficácia dos preservativos.

A referida paciente decidiu encerrar sua vida reprodutiva com métodos definitivos, argumentando razões de saúde e planejamento familiar, baseado nos antecedentes de colestase intra-hepática na última gravidez que levou a uma cesárea e ter alcançado o número desejado de filhos.

Do ponto de vista da mulher, ambas as razões - planejamento familiar e saúde - procura evitar uma nova gravidez, desta maneira, da mesma forma que a paciente anterior o método não-cirúrgico precisa satisfazer principalmente as características de eficácia anticoncepcional.

Em relação à história anticoncepcional da última paciente em estudo (J), tem bom antecedentes de uso com o DIU TCU, por doze anos sem nenhum efeito adverso.

A história obstétrica tem três gravidezes, das quais duas terminaram em cesárea e a outra em aborto espontâneo, referida como não planejada esta última gestação.

Chama atenção que para o risco obstétrico que apresenta esta mulher frente a uma nova gravidez, sejam somente as

razões de planejamento familiar as causas de procura do método não-cirúrgico.

Na avaliação dos fatos anteriores temos que o próximo parto deveria ser cesárea pelas duas cesáreas anteriores. Mas, esta paciente tem uma grande opção anticoncepcional ao poder utilizar hormônios injetáveis e o DIU TCu.

Da avaliação dos prontuários, temos que algumas mulheres com opção anticoncepcional eficaz foi aceita a solicitação de esterilização por outros fatores. Do exposto, nossa colocação de adoção do método em estudo, não como a última opção quando os outros métodos falham, senão como uma alternativa dentro de todos os anticoncepcionais. Esta escolha do método definitivo deve ser em benefício direto da usuária sem expor à incorreta e abusiva utilização do método.

No aspecto global, qualquer decisão deve ser avaliada pela repercussão que provoca sua ação ou omissão, a que poderia estar produzindo problemas psico-sociais originados pelo desejo de uma nova gravidez e no caso da omissão estaria experimentando efeitos colaterais advindo do uso constante de anticoncepcionais reversíveis, gravidez não desejada ou do exercício de uma maternidade de maior risco, fatos que vão incidir nos níveis de morbi-mortalidade ginecológica, obstétrica e perinatal.

No momento de avaliar a solicitação deste método definitivo, deve ter-se presente a situação mencionada no

parágrafo anterior, baseada nas características bio-demográficas-sociais, condições de saúde atual, história obstétrica e anticoncepcional na forma integral e visualizando a verdadeira magnitude dos fatos, tendo assim, uma real contribuição à decisão de adotar ou não este método definitivo.

4.4 ESTUDO PROSPECTIVO DE EFEITOS COLATERAIS E COLETA DE AMOSTRAS SANGUÍNEAS E URINÁRIAS

Nesta etapa realizamos um levantamento prospectivo dos efeitos colaterais e a coleta de amostras sanguíneas e urinárias, em forma seriada nas mulheres esterilizadas, num período total de aproximadamente dois meses para cada mulher. A análise do resultado deste acompanhamento tem como objetivo importante, obter informação para programar indicações, tratamentos e controles.

Partindo da dose considerada efetiva como método anticoncepcional, interessa conhecer sua segurança, porque o desenvolvimento de um método anticoncepcional passa por várias etapas, sendo uma delas a fase de avaliação clínica, já que a maioria dos efeitos colaterais dos fármacos dependem de sua concentração nos locais de ação, assim a importância de conhecer os níveis plasmáticos da dose inserida.

A quinacrina, dependendo principalmente de sua dosagem, via de administração, duração do tratamento e

susceptibilidade da paciente, fornece uma série de efeitos secundários, com maior destaque para os cutâneos, cardiovasculares e efeitos sobre o sistema nervoso central. A nível de pele e mucosa aparece uma coloração amarelada; a nível cardiovascular produz principalmente uma hipotensão e bradicardia, e no sistema nervoso central uma excitação provocando uma psicose tóxica.

Os eventos relativos à primeira dose intrauterina de "pellets" de quinacrina foram definidos como "A" e à segunda dose de "pellets" como "B".

As mulheres em estudo foram citadas no dia A-0, isto é, no dia de inserção da primeira dose intrauterina de "pellets" de quinacrina, às 9 hrs; no qual os profissionais do ambulatório recopiam a história clínica da paciente e avaliam as atuais condições de saúde, com o objetivo de preencher os requisitos definidos pelo serviço, para que possam ser submetidas às etapas do tratamento, que terminou com a esterilização das mesmas; procedimentos que ocorreram sob a nossa observação direta.

Nos momentos anteriores à esterilização, as mulheres referiam espontaneamente "sentir-se muito bem, só um pouco nervosas". Com esta afirmação, podemos supor que fisicamente não sentiam nenhuma moléstia, mas deviam ter algum temor frente ao método.

Depois da inserção da primeira dose de quinacrina e administração intramuscular de 150 mg de diclofenaco sódico pelos profissionais do ambulatório, as pacientes são

mantidas em repouso sentadas por 30 minutos, em observação direta, pela possível hipotensão que pode acontecer neste período, segundo o autor pioneiro do método⁽⁵⁴⁾.

O diclofenaco sódico é uma substância não esteróide com potente ação antiinflamatória, analgésica, anti-reumática e antipirética que inibe a prostaglandina. Esta droga é administrada com o propósito de reduzir efeitos colaterais, tais como cefaléia, dor pelviana, febre e mal estar geral.

Neste primeiro período, a paciente (B) teve tonturas náuseas e calafrios aos 12 minutos, os quais cederam rapidamente. Os sinais vitais nesse momento eram: pressão arterial de 90/50 mm Hg, pulso de 64 batimentos por minuto e temperatura axilar de 36,6° C. Esta sintomatologia deve estar relacionada com o efeito vagal provocado pelo mecanismo de inserção dos "pellets" de quinacrina e/ou ação da absorção desta droga a nível sistêmico. Este mecanismo de inserção pretende uma ação local, por conseguinte a absorção sistêmica é um inconveniente.

Aos 20 minutos a paciente (A) apresentou calafrios, acompanhados de hipotensão arterial (90/50), dos quais após aproximadamente 3 minutos recuperou-se completamente. Neste período a mulher ingere 100 ml de leite quente, administrada de rotina pelo serviço às pacientes.

Aos 25 minutos foram medidos os sinais vitais de todas as mulheres incluindo as pacientes (A) e (B), observando-se que nenhuma apresentou sintomatologia adversa e os sinais vitais recuperaram os valores previo à esterilização.

A seguir (30 minutos), foram coletadas as amostras de sangue de todas as pacientes.

A maioria das amostras sanguíneas e urinárias da paciente (J), quebraram-se durante a manipulação no laboratório, sendo este o motivo que na análise aparecem os dados de nove mulheres.

No grafico 1. observamos a concentração da quinacrina plasmática aos 30 minutos após inserção da primeira dose de 180 mg de quinacrina.

Fig.1 CONCENTRACAO DA QUINACRINA NO PLASMA DE MULHERES, AOS 30 MIN. APOS INSERCAO DE 180 MG DE QUINACRINA

A absorção da droga, que é a passagem da quinacrina desde o fundo uterino até a corrente sanguínea é verificada na primeira medição seriada a nível plasmático (30 minutos), no qual comprovamos a velocidade de absorção plasmática através da mucosa endometrial, tendo presente que a dissolução total dos "pellets" acontece só aos 100 minutos pós-inserção.

Estudos farmacocinéticos e toxicológicos, feitos em macacos, relativos à administração intrauterina de 30 mg de solução de quinacrina, equivalente a quase três vezes a dosagem recebida por uma mulher (180 mg), encontrou-se quinacrina no plasma ao tempo de fazer a primeira coleta de sangue (30 minutos) ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾. Estes fatos - em humanos e animais - são devidos à grande irrigação da mucosa endometrial.

Na figura 1, a ausência de dados na paciente (G) foi devido a amostra ter-se quebrado no laboratório, durante a manipulação. Observamos nesta figura, que os níveis plasmáticos variaram entre 18 ng/ml (paciente I) e 190 ng/ml (paciente F), com uma média de 59.3 ng/ml.

Chamando atenção o nível plasmático da paciente (F) que é superior mais de duas vezes à faixa das restantes sete mulheres, podendo ser devido a uma variação individual a nível da mucosa endometrial, - que levaria a uma maior absorção - ou uma possível ruptura desta mucosa, colocando a quinacrina diretamente em contato com o circulação sanguínea. De qualquer maneira, esta paciente não apresentou

nenhuma sintomatologia adversa durante este período em observação.

Os níveis plasmáticos das pacientes (A) e (B) que apresentaram efeitos colaterais (náuseas, tonteados, calafrios e hipotensão) durante os primeiros 30 minutos não diferiram das outras mulheres, que não apresentaram nenhum problema, sendo que de uma maneira geral, a concentração da droga no sangue determina a resposta clínica.

Na avaliação deste período, observamos que não houve uma relação total entre os níveis de quinacrina e a sintomatologia observada, isto é, os efeitos colaterais deveriam apresentar-se nas mulheres com maiores níveis plasmáticos de quinacrina. Estes fatos tem pontos a expor:

- a sintomatologia observada neste período -como dito anteriormente- pode ser só resposta ao mecanismo de inserção dos "pellets", afirmação que se fundamenta na semelhança com aquelas respostas.
- uma variável que neste caso, possivelmente mascara a falta de relação entre os níveis de quinacrina e a sintomatologia observada é a administração do diclofenaco sódico. Desta maneira, aqui aparece uma variável -o diclofenaco sódico- que teria que ser controlada para detectar sua verdadeira ação neste período.

Imediatamente após à coleta de sangue, foram oferecidos à paciente até 350 ml de leite quente fracionado, de acordo

com a vontade da mesma e com a finalidade de induzir ao desejo de urinar. Este foi o único alimento que consumiram durante as primeiras quatro horas após à inserção dos "pellets" de quinacrina.

No seguinte período de 1.30 hrs, isto é, dos 30 minutos até às 2 horas pós-inserção dos "pellets", todas as mulheres estiveram em livre deambulação.

Ao final deste período mediram-se os sinais vitais, os quais em todas as pacientes mantiveram os valores anteriores à esterilização, não referindo nenhum mal estar. Neste período, foi coletada a segunda amostra de sangue e primeira de urina, menos da paciente (G), pois a mesma, não conseguiu urinar.

Fig.2 CONCENTRACAO DA QUINACRINA NO PLASMA DE MULHERES, AS 2 HRS POS-INSERCAO DE 180 MG DE QUINACRINA

Na figura 2, visualiza-se o menor nível de 14 ng/ml (paciente H) e o maior de 212 ng/ml (paciente D), com uma média de 92.8 ng/ml. superior à medição anterior que foi realizada aos 30 minutos (59.3 ng/ml). Isto é, a concentração média plasmática subiu 56.4% com relação ao período anterior (30 minutos), sendo sua principal explicação a máxima interação droga-membrana endometrial, esperada neste intervalo pela dissolução total dos "pellets" aos 100 minutos pós-inserção intrauterina.

Distinguem-se nesta figura 2, as pacientes (D) e (F) que apresentam no mínimo o dobro nos níveis plasmáticos de quinacrina em comparação com as restantes sete mulheres, tendo como possível explicação a mesma mencionada anteriormente para a paciente (F), isto é, uma variação a nível endometrial que leva a uma maior absorção da quinacrina a nível sistêmico. Não se produziu nenhum sintoma adverso em qualquer paciente durante este período.

Autores como Engel e col. ⁽²²⁾, medindo os efeitos produzidos pela quinacrina quando os níveis plasmáticos da droga chegam a 100 ng/ml, verificaram uma excitação do sistema nervoso central, através do eletroencefalograma.

Ao compararmos os dados deste período (2 hrs), com os do período anterior (30 min), observamos valores mais extremos, isto é, onde o valor mínimo de 18 ng/ml desce para 14 ng/ml e o valor máximo de 190 ng/ml sobe para 212 ng/ml; mas aqui nenhuma mulher apresentou distúrbios, o que nos

leva a dar uma maior validade ao controle da variável, diclofenaco sódico.

O controle do diclofenaco sódico tem como propósito verificar:

- Neste período a existência de efeitos colaterais.
- No caso de existir efeitos adversos, qual é a relação entre os níveis de quinacrina plasmática e sua magnitude.

Ao observar as figuras 1 e 2, chama atenção que nos dois períodos a paciente (F), teve um dos maiores níveis plasmáticos (190 e 202 ng/ml), sem apresentar nenhum efeito colateral.

A continuação, ao medir o parâmetro de excreção da droga a nível urinário, mediante a técnica de tamponamento vaginal e urina de 2º jato, no momento de fazer o tamponamento vaginal para evitar a contaminação da amostra urinária, foi visualizado na vulva, uma leucorreia de cor amarela em 8 mulheres (B, C, D, E, F, G, H e J), derivado da dissolução total dos "pellets" de quinacrina de 100 minutos. Isto, mais a deambulação, fez aparecer rapidamente a quinacrina na vulva. Além disto, três pacientes (B, J e I) apresentaram sangramento vaginal causado pelas manobras de inserção dos "pellets".

A paciente (G) não conseguiu urinar, embora tenha consumido durante estas duas horas, 250 ml de leite quente.

Fig.3 CONCENTRACAO DA QUINACRINA NA URINA DE MULHERES, AS 2 HRS POS-INSERCAO DE 180 MG DE QUINACRINA

Ao observar a figura 3, chama-nos a atenção a alta disparidade nos níveis urinários, tais como 91 ng/ml na paciente (I) e por outro lado 5.276 ng/ml na paciente (H), com uma média de 1.901 ng/ml. Desta maneira, distinguem-se 2 grupos com uma diferença entre ambos de aproximadamente 27 vezes:

- a). O grupo das pacientes com níveis baixos, (A, D, E, F e I) entre 91 a 168 ng/ml, onde se encontram duas pacientes que não tiveram qualquer possibilidade de contaminação (A e I) porque neste período ainda não apresentavam fluxo com quinacrina a nível vulvar.
- b). E o grupo com níveis altos (pacientes B, C e H), isto é entre 4.537 e 5.276 ng/ml.

Pelos antecedentes mencionados, podemos deduzir que provavelmente houve contaminação com a quinacrina eliminada via vaginal, no grupo com níveis altos, no momento da coleta da amostra.

Ao fazer novamente o calculo da média, sem os valores do grupo com níveis altos, que talvez estivessem contaminados, obtemos 139 ng/ml.

Com os dados das pacientes (A e I) sem nenhuma possibilidade de contaminação, verificou-se o fato da verdadeira presença da quinacrina na urina neste período. Isto permite observar a rapidez de início da eliminação desta droga a nível urinário, a qual verificou-se com a primeira micção pós-inserção dos "pellets" de quinacrina.

Nas próximas 2 horas, as mulheres continuaram deambulando sem referir nenhum efeito colateral.

No final desse período avaliaram-se os sinais vitais, os quais não apresentaram variação em relação ao controle anterior.

A seguir realizou-se a terceira amostra de sangue e segunda de urina.

Fig.4 CONCENTRACAO DA QUINACRINA NO PLASMA DE MULHERES, AS 4 HRS POS-INSERCAO DE 180 MG DE QUINACRINA

Observamos na figura 4, que não apareceram os níveis da paciente (I) porque a amostra sanguínea quebrou-se durante a manipulação no laboratório. O nível plasmático mais baixo foi 36 ng/ml (paciente A) e o maior 212 ng/ml (paciente B), obtendo-se uma média de 93 ng/ml. Ao fazer um paralelo com o período anterior, observamos uma diminuição nos níveis de cinco pacientes (A, C, D, E e G) e um aumento em três pacientes (B, F e H), obtendo-se uma concentração média superior somente 0.2% em relação ao período anterior. Este comportamento foi diferente do encontrado em macacos por DUBIN e col.⁽²¹⁾ que observaram uma diminuição nos níveis plasmáticos medidos entre 2 e 4 horas após administrar a quinacrina.

Temos nesta figura 4, que os níveis de quinacrina nas pacientes (B) e (F) são superiores no mínimo três vezes à faixa mais comum das outras seis mulheres (A, C, D, E, G e H), isto é, entre 36 a 70 ng/ml. Independente, de se terem elevado os níveis individuais e/ou médias de quinacrina, nenhuma mulher apresentou sintomatologia adversa, o que vem de encontro com as hipóteses feita a respeito do diclofenaco sódico, isto é, o mascaramento de efeitos colaterais.

Ao prepará-las para a segunda amostra urinária na qual todas conseguiram urinar, a paciente (A) começou a eliminar fluxo de cor amarelo (quinacrina). Neste período os níveis urinários são muito mais baixos que as 2 horas pós-inserção dos "pellets", representado pela concentração média que diminuiu aproximadamente 5.8 vezes em relação ao período

anterior, isto é de 1.901 ng/ml para 324 ng/ml, principalmente como produto de uma diminuição do valor extremo máximo, isto é de 5.276 ng/ml a 1.809 ng/ml, o que explicamos através de um melhor resultado das técnicas de coleta de amostra, já que nestas últimas duas horas grande quantidade de quinacrina começou a ser eliminada via vaginal.

Fig.5 CONCENTRACAO DA QUINACRINA NA URINA DE MULHERES, AS 4 HRS POS-INSERCAO DE 180 MG DE QUINACRINA

Temos novamente ao observar a figura 5, uma grande diferença entre o nível da paciente (A) 1.809 ng/ml com os restantes, isto pela possível contaminação da amostra. Refazendo-se o cálculo da média sem este último dado, obteve-se uma média de 142 ng/ml um pouco mais elevado que o período anterior, que foi de 139 ng/ml (2 hrs).

Após estas coletas de material sanguíneo e urinário, as pacientes voltaram a suas atividades normais com as seguintes recomendações do ambulatório:

- . repouso relativo
- . abstinência sexual por 5 dias
- . higiene genital frequente
- . analgésico um comprimido a cada 8 horas, em caso de dor
- . controle em 48 horas

Antes de dispensar a mulher, realizou-se anamnese da possível sintomatologia adversa e inspeção de genitais externos, na procura de alterações na vulva, dando como resultado aspectos de normalidade em todas as pacientes.

Ao avaliar as primeiras 4 horas pós-inserção da primeira dose de quinacrina, observamos que duas pacientes apresentaram efeitos colaterais, mas foram de fácil e rápida resolução.

A coleta de amostras sanguíneas não apresentou problema. Os dados desta coleta, demonstram que nas primeiras 4 horas ocorre ascensão dos níveis plasmáticos de quinacrina. Isto tem sua explicação na ação acumulativa, produto da união da droga a proteínas plasmáticas e a máxima

interação droga-membrana que acontece aos 100 minutos pós-inserção intrauterina, pela dissolução total dos "pellets".

Algumas amostras urinárias contaminaram-se com quinacrina eliminada via vaginal, apesar de todas as medidas de precaução.

DIA A-2

Neste dia, deu-se o segundo contato com as pacientes, isto é, as 48 horas posterior á inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina.

Na anamnese foi avaliado o período entre o primeiro e segundo contato, isto é, os dados relativos aos dias A-0, A-1 e A-2. Das pacientes, sete referiram o seguinte:

- a paciente (A) refere início de algia pélvica leve aproximadamente as 20 hrs do dia A-0, até o momento de ir deitar-se as 22 hrs. No dia seguinte depois de 3 horas de tarefas domésticas, reiniciou a algia pélvica com a mesma intensidade e nãoingere analgésico. Dia A-2, sem mal estar.
- paciente (B), referiu tonturas esporádicas, cefaléia moderada e algia pélvica leve durante a manhã do dia A-1, ingeriu um comprimido de 500 mg de ácido acetil salicílico aproximadamente às 15 hrs da tarde, cedendo os mal estares. Dia A-2 sem queixas.
- paciente (D), refere algia pélvica leve aproximadamente as 16 hrs do dia A-0, a qual cedeu

após uma hora de repouso sentada, sem a utilização de analgésicos. Dia A-1 e A-2, sem queixas.

- a paciente (E) refere algia leve na fossa ilíaca direita, 24 horas pós-inserção dos "pellets", prolongando-se por todo o dia A-1 com a mesma intensidade, cedeu sem analgésicos. Dia A-2, sem problemas.
- paciente (F) refere que seis horas pós-inserção de "pellets" (dia A-0) começou com cefaléia moderada, algia pélvica, temperatura axilar de 38°C e mal estar geral. Aproximadamente as 18 hrs ingeriu um comprimido de 500 mg de ácido acetil salicílico, com o qual a paciente sentiu alívio da sintomatologia em geral. Na manhã do dia seguinte (dia A-1), acordou com algia muscular generalizada, cefaléia leve e temperatura axilar de 37.6°C. Após duas horas de atividades domésticas começou a algia pélvica de tipo moderada, ingerindo um comprimido de 500 mg de ácido acetil salicílico, mais o repouso pelo resto do dia. Como a sintomatologia não cedia, aproximadamente às 16 hrs ingeriu outro analgésico. As 20 hrs a cefaléia e algia muscular haviam desaparecido, mas a algia pélvica e a temperatura continuaram. Na manhã do dia A-2, a paciente apresentava algia pélvica, cefaléia leve e temperatura axilar de 37.7°C, sem ingerir

analgésico, retornou ao serviço para realizar o controle das 48 horas.

- paciente (G) refere algia pélvica leve aproximadamente as 18 hrs do dia A-0, o que após a ingestão de 500 mg de ácido acetil salicílico, cede rapidamente. Dia A-1 e A-2, sem queixas.
- paciente (J) referiu algia pélvica moderada desde aproximadamente as 20 hrs até 23 hrs do dia A-0, cedeu sem analgésicos. Dia A-1 e A-2 sem mal estar.

No que diz respeito ao sangramento vaginal, três pacientes (B), (J) e (I), apresentaram este fato no período das primeiras 4 horas, diminuindo em forma paulatina durante o dia A-0. Somente a paciente (B) continuou sangrando no período da manhã do dia A-1.

Outro fluxo eliminado, foi a quinacrina via vaginal de forma contínua e interminante durante os dias A-0, A-1 e A-2 em todas as mulheres.

Ao avaliar as primeiras 48 horas pós-inserção, sete mulheres apresentaram queixas, principalmente algia pélvica pelo mecanismo de inserção dos "pellets", com maior frequência no dia A-0, depois que cessou o efeito do diclofenaco sódico. Destas, três mulheres ingeriram analgésicos, mas a sintomatologia não cedeu numa delas, tendo em vista o grau de complexidade da patologia, isto é, doença inflamatória pélvica.

Parte desta sintomatologia, foi resultado do transporte a nível plasmático de uma quantidade de droga que levou a

produzir efeitos colaterais, tais como náuseas, hipotensão, febre e cefaléia, verificada nas pacientes.

Segundo a literatura⁽¹³⁾⁽³⁰⁾⁽⁴⁴⁾, a cefaléia, resulta ser um sinal de toxicidade causado pela dilatação e distensão das artérias a nível craneano. A avaliação de sua intensidade e tipo torna-se difícil, dado depender muito da suceptibilidade da paciente.

As tonturas, referidas como sensação de desmaio iminente, abrupto e de curta duração, acompanhado de palidez é produto de uma vasodilatação.

A hipotensão é causada por uma vasodilatação periférica e depressão do centro vasomotor.

Os dois fatos anteriores - hipotensão arterial e tonturas -, foram relatados por Dubin e col. ⁽²²⁾⁽²³⁾ depois da injeção intravascular de quinacrina em macacos, a qual produzia uma queda na pressão sanguínea e sua recuperação dependia da dose administrada. Desta maneira, a sintomatologia influenciada pela vasodilatação periférica é diretamente relacionada com a quinacrina a nível plasmático.

Diferente é a algia pélvica, que pode ser comparada com a sintomatologia posterior à inserção do DIU devido ao fato mecânico da introdução do insertador através do canal cervical, que leva a algias em caráter de cólicas que podem perdurar por alguns dias, muitas vezes, fatores psicológicos dificultam sua avaliação. Em outros casos as algias são respostas a processos inflamatórios e/ou irritativos causados pela droga na área administrada ou adjacente,

portanto, deve-se dar ênfase ao diagnóstico diferencial. Tendo presente que a finalidade da administração da quinacrina em forma de "pellets" é evitar a disseminação da droga para outras áreas próximas.

Nestas primeiras horas, observamos a ação do diclofenaco sódico I.M. (150 mg), reduzindo ou anulando toda a sintomatologia por aproximadamente 6 horas pós-inserção dos "pellets", o que comprova a ação desejada deste produto. Ao término da ação do diclofenaco sódico, identificamos sintomas que foram na maioria das vezes de caráter leve e transitório, tais como cefaléia e algias pélvicas. Houve, contudo, entre estas mulheres, um caso de doença inflamatória pélvica.

Na anamnese feita para avaliar os sinais vitais, duas pacientes apresentaram alterações:

- paciente (E) continuava com hipertensão arterial 140/100.
- paciente (F) apresentou uma temperatura axilar 38°C e 98 batimentos por minuto.

Em seguida, realizou-se o exame físico geral, dando-se maior ênfase aos possíveis efeitos secundários relatados na literatura, com a administração oral da quinacrina, isto é, na pele. Todas as mulheres apresentaram pele íntegra, sem mudanças de cor ou sinais irritativos.

No exame ginecológico, à inspeção dos genitais externos visualizou-se uma cor amarela na vulva, a qual é devido à união da quinacrina com os haces colágenos basófilos subjacentes à derme. No exame com especulo, visualiza-se nos

fundos do saco vaginal restos de endométrio impregnados de quinacrina nas pacientes (A) e (D) e quinacrina em forma de fluxo nas pacientes (E) e (F). Em todas as mulheres, o colo uterino apresentava uma coloração amarela clara devido à quinacrina.

Ao toque vaginal, nove mulheres apresentaram útero e anexos normais. Mas a paciente indicada na anamnese como (F) apresentou útero sensível (+++) e anexos livres, esta paciente teve como diagnóstico doença inflamatória pélvica por produto químico.

Após o toque vaginal, realizou-se a coleta de amostras sanguíneas e urinárias em todas as mulheres.

**Fig.6 CONCENTRACAO DA QUINACRINA NO PLASMA DE MULHERES, AS 48 HRS POS-
INSERCAO DE 180 MG DE QUINACRINA**

Na figura 6, observamos que o menor valor a nível plasmático encontrado foi de 22 ng/ml (paciente C) e a maior 234 ng/ml (paciente F), com uma média de 78.4 ng/ml inferior as medições anteriores. Observamos por estes níveis, que o pico máximo deve estar no intervalo das 4 até 48 horas após a inserção intrauterina da quinacrina. Importante conhecer na curva plasmática este pico por sua relevância no diagnóstico e tratamento precoce de efeitos colaterais, o que deveria influir, por sua vez na programação de controles das mulheres.

É importante relatar, que a paciente (F) foi a única que apresentou efeitos colaterais no momento de extração das amostras sanguíneas e urinárias, o qual concorda com o maior nível plasmático de quinacrina (234 ng/ml) durante este período. Outra paciente que apresentou níveis altos (175 ng/ml) foi a paciente (B) que acusou cefaléia e tonturas no dia anterior. Estes dados nos permite investigar a respeito da dose na qual començaria a produzir efeitos colaterais. Isto é similar aos valores encontrados por autores como Engel e col.⁽²⁵⁾ que acharan níveis de 162 microgramas por litro em pacientes que apresentavam febre.

Outras pacientes (A e E) que apresentaram somente algias pélvicas no dia anterior tiveram concentrações plasmáticas muito mais baixas, de 72 e 31 ng/ml respectivamente, podendo supor que estas algias são produtos do mecanismo de inserção dos "pellets".

Fig.7 CONCENTRACAO DA QUINACRINA NA URINA DE MULHERES, AS 48 HRS POS-INSERCAO DE 180 MG DE QUINACRINA

Observamos na figura 7, que a concentração mínima de quinacrina na urina foi 41 ng/ml (paciente E) e o máxima foi 94 ng/ml nas pacientes (D e G), com uma média de 59.7 ng/ml.

Ao fazer uma comparação com os níveis as 2 horas pós-inserção (139 ng/ml) e as 4 horas (142 ng/ml), temos uma brusca diminuição da eliminação da quinacrina na urina. Isto se relaciona com a diminuição nos níveis plasmáticos e pode ser devido ao término da dissolução da droga a nível intrauterino e/ou uma ação acumulativa da quinacrina nos diferentes órgãos.

Segundo as normas do serviço, as pacientes controladas neste período e consideradas normais, isto é, sem queixas ou sintomas adversos, são encaminhadas para a realização da segunda e última dose de "pellets" de quinacrina, no ciclo menstrual seguinte. Para o acompanhamento deste estudo o novo controle foi marcado nos próximos 5 dias.

Neste período a única mulher com indicações especiais foi a paciente (F), pelo diagnóstico de doença inflamatória pélvica, orientada a seu domicílio com:

- . repouso absoluto
- . líquido a beber 3 litros/dia
- . Paracetamol 500 mg/8 h
- . Ibuprofeno 500 mg/8 h
- . controle em dois dias se precisar

O Paracetamol é um analgésico e antitérmico.

O Ibuprofeno tem propriedades antiinflamatórias, analgésico geral e é indicado em todos os tipos de

inflamações agudas e crônicas nas diferentes áreas, entre estas a de ginecologia.

Comprovamos que a partir da cessação do efeito do diclofenaco sódico, aparece a maioria da sintomatologia adversa, a qual foi de fácil resolução e transitória.

Segundo a literatura⁽²⁰⁾, os efeitos colaterais da quinacrina via oral e sua relação com os níveis plasmáticos, descreveram que os sintomas severos aparecem nos valores acima de 100 microgramas por litro. Em nosso trabalho efeitos negativos como a febre surgiram a partir de níveis plasmáticos de 175 ng/ml.

O pico de concentração plasmático máximo - que representa a concentração mais elevada alcançada dentro do compartimento intravascular -, provavelmente aconteceu no período entre 4 a 48 horas após a inserção dos "pellets" de quinacrina. A importância de verificar este fato, nos permite conhecer e extrapolar os possíveis riscos que teriam que enfrentar, em seu maior grau, as pacientes que procuram este método anticoncepcional.

Este controle das 48 horas, tem como objetivo detectar possíveis eventos adversos como foi o caso da doença inflamatória pélvica, desta maneira, este controle cumpriu seu objetivo.

DIA A-7

O terceiro contato com as pacientes foi ao 7o. dia posterior à inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina. Neste, foi avaliado o período entre o segundo e terceiro contato, isto é, entre o dia A-3 e A-7.

A pacientes (D) e (E) referiram eliminação de quinacrina via vaginal até o dia A-3, até o dia A-4 as pacientes (A), (B) e (J), até o dia A-5 as pacientes (F) e (I) e até o dia A-6 as restantes pacientes (C, G e H). Poderíamos dizer que terminada a eliminação da quinacrina via vaginal, se esperaria a finalização da absorção através da mucosa endometrial. Desta maneira, ao desenvolver este trabalho percebemos a necessidade de medir a quantidade de quinacrina eliminada via vaginal, o que revelaria a quantidade da droga com reais possibilidades de ser absorvida através da mucosa endometrial, e por conseguinte, a magnitude dos possíveis efeitos colaterais via circulação sanguínea.

Com relação à atividade sexual, as pacientes (E e F) relataram ter retornada está, no quinto dia após a primeira inserção de "pellets" e as pacientes (A e J) ao sexto dia sem nenhum mal estar para o casal. As outras pacientes informaram que ainda não haviam retomado esta atividade, para evitar reações irritativas no momento do coito.

Todas as mulheres, a exceção da paciente (F), informaram que depois de realizar todas as atividades costumeiras não referiram nenhuma sintomatologia adversa.

Esta paciente (F), que foi enviada a seu domicílio com diagnóstico de doença inflamatória pélvica e indicações especiais, apresentou no dia A-2, sintomas como algia pélvica, febre e cefaléia, que desapareceram à noite, mas a algia pélvica persistiu. No dia A-3 esta paciente seguia as mesmas indicações, sendo que à noite a algia pélvica desapareceu. No dia A-4 levantou sem queixas, decidiu deambular, mas com o passar do dia começou a sentir de novo a algia pélvica, retornando ao repouso. No dia A-5 e A-6 não apresentou nenhum efeito colateral, mas continua em repouso absoluto com as mesmas indicações. Na manhã do dia A-7 sem queixas compareceu ao controle programado pelo ambulatório.

O total das informações, obtidas através da anamnese, revelam que a maioria dos efeitos colaterais descritos são de natureza temporária não persistindo além das primeiras 48 horas. Mas, em relação, ao quadro clínico que apresentava a paciente (F), foi necessário uma terapia farmacológica por aproximadamente sete dias e atenção ginecológica por patologia (maior duração da consulta e apoio laboratorial). Estes fatos levaram a uma alteração na infraestrutura familiar e econômica, tanto para a paciente como para o serviço.

Depois da anamnese mediram-se os sinais vitais que estavam nos limites normais, inclusive a paciente (E) que ingressou com uma hipertensão arterial. Ao realizar o exame físico geral nas dez pacientes, não verificou-se nenhuma alteração.

Quanto ao exame ginecológico, á inspeção dos genitais externos, apareceu uma cor amarela na pele da vulva de duas mulheres (C e H), sem sinais irritativos. No exame especular observamos a vagina e colo uterino sem fluxo sanguinolento ou quinacrina. Ainda apreciou-se o epitélio cervical de cor amarelo clara na maioria das pacientes (B, C, E, F, G, H, I e J). No toque vaginal bimanual, o útero e anexos não apresentaram sinais adversos, incluindo a paciente (F) que tinha um diagnóstico de doença inflamatória pélvica.

E como último procedimento, foi realizado a coleta de amostras sanguíneas e urinárias.

A nível sanguíneo, somente se detectou na paciente B quinacrina plasmática de 18 ng/ml e a nível urinário de 6 ng/ml. Em todas as mulheres durante esta fase, finalizou a eliminação de quinacrina por via vaginal.

Ao avaliar este período, observamos que somente a paciente (F), continuou com sintomas adversos até o dia A-4, As outras nove mulheres não apresentaram nenhuma queixa ou sintoma. Este controle demonstra que a maioria dos efeitos colaterais não persistem além das primeiras 48 horas.

Este aparente bom estado de saúde das mulheres é acompanhado de uma diminuição do teor plasmático da quinacrina até níveis não detectados na maioria das mulheres.

DIA A-14

O quarto contato realizou-se aos 14 dias posterior à inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina, no qual foi avaliado o período entre o dia A-7 e A-14.

Durante esse período, todas as mulheres desenvolveram as atividades diárias sem apresentar queixas ou sintomas negativos. Além disto, não tiveram eliminação de nenhum tipo de leucorreia e as que não tinham retornado a sua atividade sexual (B, C, D, G, I e H), voltaram a esta sem nenhum problema.

Os sinais vitais foram normais em todas as pacientes e ao exame físico geral não se detectou nenhuma alteração.

No exame ginecológico, a vulva aparece sem sinais irritativos ou mudanças de cor. Ao visualizar os fundos de saco vaginal não apareceu nenhum tipo de fluxo. O aspecto do epitélio cervical é de cor rosa sem qualquer alteração, e o útero e anexos não apresentaram anormalidades verificadas pelo toque vaginal bimanual.

A avaliação desta etapa, confirma a preconização de um controle as 48 horas depois da inserção dos "pellets", tendo em vista a evolução das mulheres neste período.

DIA A-21

Neste dia, A-21, deu-se o quinto contato com as pacientes, avaliando o período entre os dias A-14 e A-21, depois da inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina.

A descrição da anamnese foi a seguinte:

- a paciente (C) refere sensibilidade mamária e cólicas pélvicas esporádicas no dia 29 do ciclo menstrual, fatos estes que se relacionam com sintomatologia pré-menstrual.
- a paciente (D) aos 19 dias após inserção da primeira dose de "pellets" de quinacrina, apresenta menstruação com algia pélvica e cefaléia moderada no segundo dia de menstruação, mas não ingere analgésicos e completa um ciclo de 29 dias. Hoje, A-21, terceiro dia de sangramento escasso e sem mal estar.
- a paciente (E), como já foi descrito anteriormente, apresentava hipertensão arterial (140/100) por anticoncepcionais orais. Aos 15 dias depois da inserção da primeira dose de quinacrina, retornou ao ambulatório de hipertensão arterial, para controle, apresentando uma pressão de 140/80, sendo referida ao próximo controle em um mês. O método não-cirúrgico, ao dar a oportunidade de suspender os anticoncepcionais orais, cooperou na resolução de um problema de saúde para esta paciente. No dia A-20, se inicia a menstruação sem mal estar completando um ciclo de 28 dias. Hoje, dia A-21, correspondeu ao segundo dia de menstruação escassa.
- a paciente (G) dois dias antes da menstruação, acusou cefaléia e tensão mamária. A menstruação

começou sem mal estar, aos 18 dias pós-inserção da primeira dose, completando um ciclo de 27 dias. No segundo e terceiro dia de menstruação apresentou cefaléia, ingerindo um analgésico ao dia, cedendo o sintoma. Dia A-21, sem queixas, no quarto dia de menstruação.

- a paciente (I) refere que a partir do dia A-15 após a inserção da primeira dose, apresentou sintomas de resfriado comum (T ax. 37.8°C, tosse, algia muscular e mal estar geral), os quais perduraram por 3 dias. Dia A-21, bem.

- a paciente (J) no dia anterior, apresentou algia pelvica leve. Dia A-21, ao levantar-se continuou com algia pelvica leve, tendo início sangramento vaginal escasso (ciclo de 30 dias), que corresponde a menstruação.

Com relação à frequência do coito, durante esta última semana foi de duas vezes para a maioria das mulheres, com exceção da paciente (D), que refere ter tido uma relação sexual, pelo aparecimento da menstruação. Esta atividade sexual foi sem dispareunia para o casal.

Após esta anamnese foi realizada a medição dos sinais vitais e exame físico geral, estando na faixa de normalidade.

No exame ginecológico, a inspeção dos genitais externos não se observou nenhuma alteração. Foi realizado o teste de Schilling nas pacientes sem fluxo menstrual (A, B, C, F, H e

I), resultando em todas normal, isto é, as células do epitélio cervical tingem da cor violeta do lugol; o objetivo do teste é a detecção de qualquer alteração epitelial, tendo em vista, a alta prevalência do câncer cérvico-uterino na população de América Latina.

E por último, o toque vaginal bimanual mostrou útero e anexos normais em todas as mulheres.

Neste período, os fatos informados foram referidos ao ciclo menstrual, à exceção da paciente (I) que apresentou um resfriado comum.

DIA B-0

O sexto contato programado foi na etapa proliferativa do próximo ciclo menstrual, imediatamente após a menstruação. No momento B-0, a anamnese incluiu o período entre o dia A-21 e a etapa proliferativa do próximo ciclo menstrual.

As mulheres foram agendadas pelos profissionais do ambulatório para avaliar as atuais condições de saúde e inserir a segunda dose de "pellets" de quinacrina.

- a paciente (A) aos 23 dias pós-inserção da primeira dose, relatou o aparecimento da menstruação que durou 4 dias, em quantidade normal, sem moléstias e completando um ciclo de 28 dias. No sexto dia da etapa proliferativa do ciclo menstrual, sem queixas.
- na paciente (B), a menstruação aconteceu aos 24 dias após a inserção da primeira dose, completando um

ciclo de 30 dias, com duração de 4 dias e em quantidade normal. Hoje, sem fluxo menstrual e no quinto dia do atual ciclo.

- a paciente (C), aos 23 dias após a inserção da primeira dose, completando um ciclo 32 dias, teve-se a menstruação por 3 dias e em quantidade normal. No sexto dia do ciclo menstrual, sem queixas.
- na paciente (D), a menstruação durou 3 dias e foi escassa, perfazendo um ciclo de 29 dias. No décimo dia do ciclo menstrual, sem mal estar.
- na paciente (E), a menstruação durou 3 dias e quantia escassa, completando um ciclo de 30 dias. Hoje, nono dia do ciclo, sem fluxo menstrual e sem mal estar.
- na paciente (F) após 24 dias da primeira dose de "pellets", aparece menstruação de 4 dias e em quantidade normal, completando um ciclo de 28 dias. Além disso, apresentou cefaléia no primeiro e segundo dia da menstruação. Hoje, quinto dia do ciclo, sem fluxo menstrual e sem mal estar.
- a paciente (G) teve 4 dias de menstruação em quantidade normal, completando um ciclo de 27 dias. Hoje no sexto dia do ciclo menstrual.
- a paciente (H) aos 28 dias pós-inserção da primeira dose, ainda não apresentava sangramento nem sintomas pre-menstruais, tendo que ser induzida à menstruação, com 3 comprimidos diários de 0.015 mg

de etinilestradiol e 0.30 mg de levonorgestrel por 3 noites consecutivas. Aos 36 dias pós-inserção da primeira dose, apareceu a menstruação escassa, com duração de 3 dias e completando um ciclo de 42 dias. No sétimo dia do atual ciclo foi inserida a segunda dose.

- a paciente (I), aos 27 dias após inserção da primeira dose, iniciou-se menstruação, com algia pélvica moderada, queixa que continuou por todo o segundo dia de menstruação, mas de carácter leve e sem medicação, completando um ciclo de 32 dias. Hoje nono dia do ciclo.

- a paciente (J), completou um ciclo de 30 dias e após 5 dias de escasso sangramento, acompanhado de cefaléia por 1 dia, ingeriu 500 mg de ácido acetil salicílico. Hoje oitavo dia da etapa proliferativa do ciclo menstrual.

Após esta anamnese, foram medidos os sinais vitais, realizado o exame físico geral e toque vaginal, os quais foram normais.

Dando continuidade, realizou-se a coleta de amostras de sangue e urina, aos 28 dias após a inserção da primeira dose, independente da presença de menstruação. A paciente (G) teve coleta aos 23 dias pós-inserção da primeira dose, por ter tido menstruação anterior à data prevista.

Neste período verificamos que nenhuma paciente tinha níveis detectados de quinacrina plasmática nem urinária.

Este método de determinação da quinacrina por fluorescência tem uma sensibilidade de 2.5 ng.

O objetivo da medição de quinacrina plasmática e urinária nesta etapa é verificar a velocidade de eliminação do corpo. Na terapia antimalárica tem-se visto que depois de quase dois meses de cessada a ingestão da droga, esta ainda é detectada na urina «30».

Na avaliação deste último período antes da segunda dose, temos que os resultados da anamnese, exames gerais e ginecológicos, incluindo os níveis de quinacrina plasmática e urinária, estão dentro da faixa de total normalidade.

A importância desta análise baseia-se no conhecimento dos antecedentes e condições atuais da mulher para inserir a segunda e última dose de quinacrina.

Previo à segunda inserção intrauterina de "pellets", todas as mulheres referiram sentir-se muito bem e tranquilas, argumentando o fato de conhecer o procedimento a ser realizado.

A seguir os profissionais do ambulatório inseriram a segunda dose de 180 mg de "pellets" de quinacrina e 150 mg de diclofenaco sódico.

Voltamos a observar as mulheres no mesmo esquema anterior da primeira dose.

Nos primeiros 30 minutos as mulheres ficaram em repouso sentadas e ingerindo 150 ml de leite quente, não sendo observado nenhum sinal adverso ou queixa.

Aos 25 minutos foram medidos os sinais vitais, onde a paciente (G) e (I) apresentaram uma hipotensão arterial (100/50), sem queixas.

Se compararmos estes primeiros 30 minutos com o mesmo período da primeira dose, observamos que a semelhança está na hipotensão arterial e a diferença nas queixas das mulheres. A similitude confirma a hipotensão arterial, podendo ser consequência da absorção da quinacrina a nível sistêmico e/ou efeito vagal provocado pelo mecanismo de inserção. A diferença está na ausência de queixas pelas mulheres, fato este que pode ser pelo menor medo devido ao conhecimento do procedimento a realizar, adquirido na primeira dose.

No período seguinte de 1.30 horas, isto é, dos 30 min. até as 2 horas depois da inserção da segunda dose, todas as mulheres tiveram deambulação livre e ingeriram mais um copo de leite quente.

Ao final deste período os sinais vitais foram normais e ao exame físico geral, observamos na vulva um fluxo de quinacrina em 6 mulheres (C, D, G, H, I e J) e um fluxo sanguíneo nas pacientes (I e J). Na anamnese, não houve nenhum comentário especial em relação a queixas e sintomas.

No período seguinte de 2 horas, não houve nenhuma diferença a respeito da anamnese, sinais vitais e exame físico geral, a exceção que nas restantes 4 pacientes (A, B, E e F) apareceu a nível vulvar fluxo de quinacrina.

Ao término deste período as pacientes foram dispensadas com as mesmas indicações que tiveram, quando da primeira dose, ressalva feita em relação a paciente (F), a quem se recomendou a ingestão de líquidos, repouso absoluto pelo resto do dia e controle as 24 horas, no caso de apresentar algum efeito colateral.

As características do ciclo menstrual, por ocasião da primeira dose, teve uma duração de 27 a 42 dias. O presente ciclo menstrual apresenta um período de 3 a 5 dias e em quantidade classificada pelas próprias mulheres entre escassa a normal.

O fato de inserir a segunda dose imediatamente após a menstruação, baseia-se na certeza da não gravidez e na comprovação da recuperação da camada funcional do endométrio depois da inserção intrauterina da primeira dose.

DIA B-2

Neste dia, deu-se o sétimo contacto com as pacientes, isto é, as 48 horas depois da inserção da segunda dose de "pellets" de quinacrina.

Na anamnese foi avaliado o intervalo entre os dias B-0 e B-2. Das pacientes, 5 referiram o seguinte:

- a paciente (B) apresentou algia pelvica e cefaléia leve em torno das 20 h do dia B-0, ingerindo um comprimido de 500 mg de ácido acetil salicílico. Dia B-1 e B-2 sem queixas.

- a paciente (D) apresentou algia pélvica e cefaléia leve, em torno das 18 hrs do dia B-0. No dia B-1 após as atividades normais voltou a ter algia pelvica e cefaléia, ingerindo um comprimido de 500 mg de ácido acetil salicílico, cedendo após. Dia B-2 não referiu queixas.
- a paciente (E) aproximadamente as 19 hrs do dia B-0 começou com algia pelvica leve, a que continuou pelo resto do dia. Dia B-1 e B-2, sem mal estar.
- tendo em vista os antecedentes da primeira dose, a paciente (F) repousou imediatamente ao retornar a seu domicílio. Em torno das 20 hrs apresentou cefaléia leve e febre (37.8 °C), ingerindo um analgésico (500 mg de ácido acetil salicílico) e muito líquido. Na manhã do dia B-1 a temperatura axilar foi normal, mas, permaneceu em repouso absoluto. Dia B-2 não referiu queixas.
- a paciente (J) apresentou algia pelvica moderada desde as 16 hrs, permanecendo em repouso pelo resto do dia. Dia B-1 e B-2 sem queixas.

No referente ao sangramento vaginal das pacientes (I) e (J), este terminou na noite e na tarde do dia B-0, respectivamente.

Outro fluxo eliminado via vaginal desde a inserção da segunda dose foi a quinacrina em forma intermitente em todas as mulheres.

Após esta anamnese, foram medidos os sinais vitais e realizado exame físico, os quais não apresentaram nenhuma alteração.

Na inspeção dos genitais externos, observou-se a região vulvar pigmentada com quinacrina e sem sinais irritativos. Ao realizar o exame especular, nas pacientes (A, H, e I) observou-se restos de endométrio impregnado por quinacrina; quinacrina em forma de leucorréia nas pacientes (E, F e J) e uma cor amarelada no colo uterino de todas as pacientes. Apresentaram-se totalmente normal útero e anexos das mulheres.

Após esses exames as pacientes foram dispensadas, sem indicações especiais.

No análise deste período 50% das pacientes tiveram alguma queixa, divididas em algia pélvica (4 pacientes), cefaléia (3 pacientes) e febre (1 paciente). Fatos que aconteceram geralmente no dia B-0 após o término da ação do diclofenaco sódico. Observamos que somente as mulheres que apresentaram cefaléia, febre e/ou cefaléia mais algia pelvica, ingeriram analgésicos, fato este, mais relacionado com a cefaléia e a febre.

Ao fazer uma comparação com o período A-2, obtivemos menos mulheres com queixas, mas o realmente significativo foi que nenhuma mulher complicou-se neste período.

DIA B-7

O oitavo contato foi aos 7 dias posterior à inserção da segunda dose de "pellets" de quinacrina, avaliando os dias 2, 3, 4, 5, 6 e 7 após esta inserção.

Após a segunda inserção de "pellets" de quinacrina, a mesma foi eliminada via vaginal até o quarto dia nas pacientes (B, E, F, H e J); até o quinto dia na paciente (A) e sexto dia nas pacientes (D e G).

Em relação atividade sexual, foi retornada sem problemas na maioria das pacientes ao quinto dia, a exceção das pacientes (B, C e H). No caso da paciente (C) por não ter marido em casa e as outras duas porque achavam ser esta uma medida preventiva.

Todas as mulheres referiram desenvolver suas atividades cotidianas sem nenhum mal estar.

O exame físico geral de todas as mulheres foi normal. Na inspeção dos genitais externos observou-se a pele da vulva impregnada em quinacrina na maioria das mulheres, sem lesões irritativas. Ao examinar os fundos vaginais, nas pacientes (C, G e I) ainda apresentavam-se fluxo com quinacrina e o colo uterino uma cor amarela em todas as pacientes. Ao toque vaginal, útero e anexos apresentaram-se totalmente normais.

Neste período não apreciou-se mal estar algum, o que confirma a transitoriedade da sintomatologia referida depois da inserção.

DIA B-14

O nono contato efetuou-se aos 14 dias após à segunda inserção intrauterina de "pellets" de quinacrina, avaliando o período desde o dia B-7 até o B-14.

A eliminação da quinacrina foi até o dia B-7 na paciente (I) e B-8 na paciente (C). A partir do dia B-9 nenhum tipo de fluxo vaginal foi eliminado em qualquer mulher.

Das três mulheres (B, C e H) que não tinham retornado a sua atividade sexual no período anterior, voltaram a esta sem nenhum problema.

De um modo geral, o retorno à vida cotidiana foi sem nenhum tipo de alteração, a despeito da esterilização.

Não se verificou nenhuma alteração ao realizar a análise dos sinais vitais e exame físico geral. Na inspeção dos genitais externos, estes não apresentaram mudanças, em relação à cor e integridade da pele. Na especuloscopia os fundos de saco vaginal não apresentaram nenhum tipo de fluxo e o colo uterino voltou a ter sua cor característica. O útero e anexos estavam dentro dos limites de normalidade, em todas as mulheres.

Ao perguntar à mulher sua apreciação pessoal sobre a quantidade de quinacrina eliminada via vaginal, a maioria informou não sentir nenhuma diferença, em relação à primeira dose inserida.

DIA B-21

O décimo contato com as mulheres foi aos 21 dias após à inserção da segunda dose de quinacrina.

A anamnese deste período foi a seguinte:

- a paciente (D) iniciou no dia anterior (B-20) a menstruação sem mal estar e completando um ciclo de 30 dias. No segundo dia de menstruação esta apresentou-se escassa e sem queixas.
- a paciente (I) aos 18 dias pós-inserção da segunda dose, início menstruação com algia pelvica leve, com duração de 3 dias e em quantidade escassa, completando um ciclo de 27 dias.

As demais mulheres não referiram eliminação de nenhum tipo de fluxo vaginal. A frequência do coito durante estes últimos 7 dias foi de uma vez nas pacientes (E e I) e de duas vezes nas restantes mulheres.

Ao realizar as medições dos sinais vitais e exame físico, todas as mulheres encontravam-se na faixa de normalidade.

Em relação aos genitais externos, fundos de saco vaginal e colo uterino, apresentavam-se sem vestígios de quinacrina e absolutamente normais. Foi realizado o Teste de Schilling em todas as mulheres que não apresentavam menstruação neste momento, resultando normal.

DIA B-30

O décimo primeiro contato correspondiu aos 30 dias após a inserção da segunda dose de quinacrina. Com este último contato programado pretendemos verificar as possíveis mudanças a nível do ciclo menstrual anterior.

A anamnese deste período foi:

- a paciente (A) aos 25 dias após a inserção da segunda dose, teve menstruação de 4 dias escassa, completando um ciclo de 31 dias.

- na paciente (B), a menstruação apareceu aos 26 dias pós-inserção da segunda dose, durando 4 dias e em quantia normal (ciclo de 31 dias).

- a paciente (C), ainda não apresentava menstruação aos 30 dias pós-inserção da segunda dose, desta maneira, os profissionais do ambulatório a induziram, com 3 comprimidos diários de 0.015 mg de etinilestradiol e 0.30 mg de levonorgestrel por 3 noites consecutivas. Depois de uma semana apareceu menstruação de 3 dias, completando um ciclo de 41 dias.

- a menstruação da paciente (D) durou 3 dias normais.

- a paciente (E), nos dias 15 e 16 após a segunda dose, apresenta cefaléia leve, ingerindo um comprimido de analgésico diário. No dia 27 apareceu a menstruação escassa e por 3 dias, completando um ciclo de 36 dias. Normotensa.

- a paciente (F) fez um ciclo de 29 dias, com menstruação de 4 dias normais.

- sintomas pré-menstruais 2 dias anteriores à menstruação, levaram a paciente (G) a ingerir um analgésico diário por 3 dias consecutivos. Os sintomas desapareceram com o início da menstruação, a qual durou 4 dias, em quantidade normal aos 23 dias da inserção da segunda dose (ciclo de 29 dias).
- no dia anterior apareceu a menstruação na paciente (H), fazendo um ciclo de 36 dias.
- no dia 21 após a inserção da segunda dose, a paciente (J) menstruou com duração de 5 dias e escassa (ciclo de 29 dias).

DIA B-37

- fizemos mais um contato porque a paciente (C) menstruou só aos 35 dias da segunda dose (ciclo de 41 dias), após indução da menstruação, durando 3 dias em quantidade normal.
- a menstruação da paciente (H) durou 3 dias em quantidade escassa.

Temos que as características do ciclo onde foi inserida a segunda dose teve uma duração de 27 a 41 dias, similar ao ciclo da primeira dose. O atual ciclo teve uma menstruação de 3 a 5 dias em quantidade entre escassa a normal, e num caso preciso de indução menstrual de tipo hormonal.

Estes eventos são importantes porque o endométrio que é o lugar de inserção dos "pellets" e a dose anteriormente

utilizada de 250 mg produz com frequência amenorréia, devido à destruição parcial da camada basal do endométrio⁽²²⁾.

Na avaliação global da esterilização, observamos que depois de duas inserções intrauterina o ciclo menstrual na maioria dos casos, manteve suas características dentro da faixa de normalidade. O aparecimento da menstruação em forma espontânea, mostrou que o possível comprometimento das camadas do endométrio - que são lugar de inserção dos "pellets" de quinacrina -, não alterou a fisiologia do ciclo menstrual. Caso a menstruação não ter ocorrido de forma espontânea, como foi em algumas mulheres, esta foi induzida por terapia oral a base de estrogênio-progesterona, respondendo em todos os casos. Esta terapia tem as vantagens de fácil administração, curta duração, estar disponível nos ambulatórios de planejamento familiar e utilizar nove comprimidos anticoncepcionais de tipo combinados.

A respeito do estudo prospectivo dos efeitos colaterais e os níveis plasmáticos e urinários da quinacrina, revelou que esta técnica ambulatorial, tem algumas precauções que devem ser levadas em conta para obter o menor custo em saúde para a paciente e o serviço. Isto é, o tratamento clínico dos efeitos colaterais deve ser paralelo à utilização de recursos educativos, para que as mulheres conheçam os efeitos adversos, e desta maneira, procurem oportunamente o serviço de planejamento familiar ou de urgência. Caso precise, desta atenção deve dispor de toda a informação oral de parte da paciente e documentação que acredite pertinente

o processo de esterilização, para assim, ter todas as informações relativas a assistência à saúde realizadas mesmo em outra unidade. Desta forma, teremos como resultado, um retorno informativo ao profissional dos fatos acontecidos, elementos estes, indispensáveis para um diagnóstico e tratamento oportuno e adequado.

Como a maioria dos efeitos colaterais revelaram ser transitórios e de caráter leve, isto é, não ultrapassavam o período de 48 horas, a exceção do fluxo vaginal de quinacrina de 5 dias, precisando geralmente de uma a duas doses de ácido acetil salicílico 500 mg e repouso relativo por 24 horas. Estas indicações são economicamente acessível para a paciente porque geralmente o serviço fornece este farmaco de baixo custo.

Atualmente o serviço, controla algumas mulheres as 48 horas e outras aos 5 dias. Preconizamos que em todas as mulheres seja feito um controle as 48 horas pós-inserção da quinacrina, com o objetivo de detectar alterações que precisem de tratamento específico, além disso pode ser utilizado como uma reafirmação dos aspectos informativos da técnica de esterilização. As mulheres que não apresentem nenhuma patologia devem ser referida à segunda dosagem com todas as indicações precisas de procurar o serviço se precisar. No caso de detectar alguma paciente com patologia neste período, ela deve ser tratada de acordo com as necessidades do tratamento da patologia, como foi o caso de uma paciente que apresentou uma doença inflamatória pélvica.

Todos estes aspectos evidenciam as necessidades que devem cobrir tanto a paciente como o serviço, porque repercutem no acesso à saúde, os quais vão influir sobre as políticas de uso e disponibilidade do método anticoncepcional.

Durante o transcurso do trabalho, houve uma série de dificuldades que poderiam alterar uma efetiva visualização do fenômeno em estudo, por isso fizemos as seguintes recomendações:

Em primeira instância, seria fazer todas estas medições sem drogas que mascarem o curso natural da sintomatologia adversa, para conhecer a real magnitude dos fatos.

Uma segunda recomendação, seria a medição da quinacrina plasmática e urinária 12 horas após a inserção, tendo em vista a verificação nesse período da maior quantidade de efeitos colaterais.

Com respeito a contaminação das amostras urinárias, isto leva a propor uma outra alternativa na técnica de extração, mediante a utilização de sonda vesical, tendo presente que este método leva um maior risco para a mulher.

E por último, o fato de observar que uma quantidade de quinacrina for eliminada por via vaginal e por um período aproximado de 5 dias, seria relevante sua medição. Esta

afirmação fundamenta-se em que parece ser, esta a maior via de excreção da quinacrina.

Além das recomendações para o desenvolvimento do estudo, fazemos uma sugestão para contribuir à otimização do método de esterilização, isto é, deveriam ser acrescentados nos prontuários, alguns dados relativos as razões de submeter-se a este método definitivo, para um posterior aproveitamento destes dados.

CONCLUSÕES

Com base nos resultados foram elaboradas as seguintes conclusões:

. O perfil da mulher que se submeteu a esterilização foi: idade média de 34.8 anos, 8.5 anos de escolaridade, dona de casa, católica e maritalmente estável.

. A história obstétrica teve início em média aos 19.1 anos e 80% das mulheres apresentam algum evento patológico no transcurso da vida reprodutiva que influiriam negativamente no próximo evento obstétrico. A paridade é 3.2 filhos/mulher.

. A história anticoncepcional se iniciou após algum evento obstétrico, em média aos 20.9 anos, usando 3.8 métodos anticoncepcionais, fato este, devido a pelo menos um tipo de fracasso anticoncepcional que levou a sua suspensão.

. Após inserção da primeira dose, detectamos em todas as mulheres, quinacrina a nível plasmático com a primeira amostra aos 30 minutos, e a nível urinário com a primeira micção após 2 horas. Por ocasião da última medição, que ocorreu aos 28 dias pós-inserção desta droga, não foram detectados níveis plasmáticos ou urinários de quinacrina.

. No período das primeiras 48 horas, ocorre a maioria dos efeitos colaterais que foram de natureza transitória e de fácil resolução, ressaltando seu aparecimento a partir de 175 ng/ml de quinacrina plasmática, detectada após a

finalização da ação do diclofenaco sódico. Esses efeitos colaterais depois da segunda dose foram menores em quantidade e magnitude em relação à primeira dose.

Baseados no período e natureza de efeitos colaterais, seria recomendável um controle às 48 horas pós-inserção dos "pellets" em todas as mulheres, com o objetivo de detectar as possíveis complicações desenvolvidas a partir da dose de quinacrina administrada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01. ACTUALIZACIÓN de las encuestas de fecundidad y de planificación familiar. Pop. Rep. Ser. M., (8) 1986.
02. A FERTILIDADE na adolescência: riscos e consequências. Pop. Rep. Ser. J., (10) 1976.
03. ALVARADO, A.; VILLAVICENCIO, A.; NIZ, J. Toma de decisión para la esterelización en la mujer. Ginec. Obstet. Méx., 51 (313):131-6, 1983.
04. AMÉRICA Latina: fecundidad en transición. Bol. Méd. IPPF, 23:(5) 1989.
05. A ORIENTAÇÃO faz a diferença. Pop. Rep. Ser. J., (35) 1987.
06. ARRUDA, J.M.; RUTENBERG, N.; MORRIS, L.; FERRAZ, E.A. Pesquisa nacional sobre saúde materno-infantil e planejamento familiar/PNSMIPF - Brasil, 1986. Rio de Janeiro, BEMFAM/IRD, 1987.
07. AVENDAÑO, O. Porque comenzamos con la planificación familiar en Chile. Bol. As. Chil. Protec. Fam., 22(7):3-8, 1986.

08. BERQUO, E. A esterilização feminina do Brasil hoje. In: Quando a paciente é mulher; relatório do encontro nacional saúde da mulher: um direito a ser conquistado. Brasília. Conselho Nacional dos Direitos da Mulher - CNDM do Ministério da Justiça. 1989. p.79-84.
09. BHATT, R.V.; APARICIO, A.; LAUFE, L.E.; PARMLEY, T.; KING, T.M. Quinacrine-induced pathologic changes in the fallopian tube. *Fertil. Steril.*, 33:666-7, 1980.
10. BHATT, R. & WASZAK, C.S. Four-year follow-up of insertion of quinacrine hydrochloride pellets as a means of nonsurgical female sterilization. *Fertil. Steril.*, 44:303-6, 1985.
11. BJORKMAN, S. & ELISSON, L.O. Determination of quinacrine (mepacrine) in plasma by high-performance liquid chromatography with fluorimetric detection. *J. Chromatogr.*, 420:341-8, 1987.
12. BRODIE, B.B. & UDENFRIEND, S. The estimation of atabrine in biological fluids and tissues. *J. biol. Chem.*, 151:299-317, 1943.
13. BRUCE-CHWATT, L.J.; BLACK, R.H.; CANFIELD, C.J.; CLYDE, D.F.; PETERS, W.; WERNSDORFER, W.H.. *Quimioterapia del paludismo*. 2 ed. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1982. (OMS - Serie de Monografias, 27).

14. CANALES, F.H. de; ALVARADO, E.L. de; PINEDA, E.B.
Metodología de investigación: Manual para el
desarrollo de personal de salud. México, D.F.,
Organización Panamericana de la Salud, 1986.
15. CATCHPOOL, J.F. Antiprotozoários. In: Katzung, B.G.
Farmacología: básica e clínica. 2a. ed. Rio de
Janeiro, Guanabara, 1986. p.720.
16. CHANDRA, H. & MALAVIYA, B. Toxic effects of quinacrine
hydrochloride in rhesus monkeys. *Contraception*
24:269-74, 1981.
17. CIACCIO, L.A.; HILL, J.L.; KINCL, F.A. Observation on
toxic effects of quinacrine hydrochloride (in
rodents). *Contraception* 17:231-6, 1978.
18. DATOS basicos: planificación familiar en los países de
América Latina y el Caribe. Nueva York. Federación
Internacional de Planificación de la Familia. 1988.
19. DIVERS, W.A. Characteristics of women requesting
reversal of sterilization. *Fertil. Steril.*, 41:233-6,
1984.
20. DUBIN, N.H.; STRANDBERG, J.D.; CRAFT, C.F.; FARMLEY,
T.H.; BLAKE, D.A.; KING, T.M. Effect of intrauterine
and intravascular quinacrine administration on
hispathology, blood chemistry, and hematology in
cynomulgus monkey. *Fertil. Steril.*, 38:741-6, 1982.

21. DUBIN, N.H.; BLAKE, D.A.; DIBLASE, M.C.; PARMLEY, T.H.; KING, T.M. Pharmacokinetic studies on quinacrine following intrauterine administration to cynomolgus monkeys. *Fertil. Steril.*, 38:735-40, 1982.
22. DUBIN, N.H.; PARMLEY, T.H.; DIBLASE, M.C.; GHODGAONKAR, R.B.; JIFFRY, M.T.M.; BLAKE, D.A.; KING, T.M. Pharmacology of quinacrine hydrochloride with emphasis on its use as a tubal occluding agent. In: Zatuchni, G.I.; Shelton, J.D.; Goldsmith, A.; Sciarra, J.J. ed. *Female transcervical sterilization*. Philadelphia, Harper & Row, 1983. p.60-70.
23. DUBIN, N.H.; PARMLEY, T.H.; GHODGAONKAR, R.B.; PHARM, B.; KING, T.M. Comparative effects of intrauterine instillation of analogues of quinacrine and tetracycline on uterine morphology in the rat. *Contraception* 29:553-9, 1984.
24. EFEITOS do parto sobre a saúde materna. *Pop. Rep. Ser. J.*, (8) 1975.
25. ENGEL, G.L.; ROMANO, J.; FERRIS, E. Effect of quinacrine (atabrine) on the central nervous system. *Arch. Neurol. Psychiat.*, 58:337-50, 1947.
26. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra, 1981. (Salud Para Todos 3).

27. FRIEDMAN, H.L. & EDSTROM, H.G. Higiene de la reproducción en la adolescencia: procedimiento para la planificación de investigaciones sobre servicios de salud. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983. (OMS, Pub. off set, 77).
28. GELLHORN, A.; ZAIDENWEBER, J.; ULTMANN, J.; HIRSCHBERG, E. The use of atabrine (quinacrine) in the control of recurrent neoplastic effusions. *Dis. Chest.*, 39:165-76, 1961.
29. GIL, A.C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 2ed. São Paulo, Atlas, 1989.
30. GOODMAN, L.S. & GILMAN, A. The pharmacological basis of therapeutics. 2 ed. New York, The Macmillam Co, 1955. p.1167-73.
31. GRUBB, G.S.; PETERSON, H.B.; LAYDE, P.M.; RUBIN, J.I. Regret after decision to have a tubal sterilization. *Fertil. Steril.*, 44:248-53, 1985.
32. GUZMAN-SERANI, R.; BERNALES, A.; COLE, L.P. Clinical report: quinacrine-fused pellets. In: Zatuchni, G.I.; Shelton, J.D.; Goldsmith, A.; Sciarra, J.J. ed. *Female transcervical sterilization*. Philadelphia, Harper & Row, 1983. p.100-4

33. GUZMAN-SERANI, R.; BERNALES, A.; COLE, L.P. Quinacrine hydrochloride pellets: three-year follow-up on non-surgical method of female sterilization. *Contracept. Deliv. Syst.*, 5:131-5, 1984.
34. HERRERA, M.; WELLS, W.; MONCADA, M. La esterilización femenina: evolución retrospectiva y prospectiva en el area central de Santiago - Chile. *Rev. chil. Obstet. Ginec.*, 40:61-71, 1975.
35. LOPEZ, F. Esterilização não-cirúrgica; caracterização das usuarias. São Paulo, 1989. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP).
36. MADRES y niños mas sanos mediante la planificación familiar. *Pop. Rep. Ser. J.*, (27) 1985.
37. MASEN, J. The quantitative determination of atabrine in blood and urine. *J. biol. Chem.*, 148:529-39, 1943.
38. MINILAPAROTOMÍA e laparoscopia: seguras, eficazes e amplamente usadas. *Pop. Rep. Ser. C.*, (9) 1986.
39. MOLINA, R. & LOPEZ, I. Características y seguimiento de mujeres esterilizadas. *Rev. med. Chil.*, 110:175-80, 1982.

40. PARMLEY, T.M.; DUBIN, N.H.; STRANDBERG, J.; LAUFE, L.E.
Histologic changes following intrauterine administration of quinacrine hydrochloride. In: Zatuchni, G.I.; Shelton, J.D.; Goldsmith, A.; Sciarra, J.J. ed. Female transcervical sterilization. Philadelphia, Harper & Row, 1983. p.89-94.
41. PATEK, E. The epithelium of the human fallopian tube: a surface ultrastructural and cytochemical study. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, (suppl 31) 1974.
42. PATEK, E. Quinacrine hydrochloride: review and mode of action of antimalarial, used as an occlusive agent for transvaginal human sterilization. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 58:561-4, 1979.
43. RIZO, A. Planificación familiar en Latinoamérica. *Rev. Mex. Ped.*, 10:451-8, 1985.
44. ROSS, J.A.; WARDLAW, T.M.; HUBER, D.H.; HONG, S. Cohort trends in sterilization: some international comparisons. *Int. Fam. Plann. Perspect.*, 13:52-60, 1987.
45. SCHOR, N. Aborto como questão de saúde pública: estudo da demanda de mulheres que recorreram ao hospital por complicações do aborto. São Paulo, 1984. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP).

46. SHANNON, J.A. Rationale underlying the clinical evaluation of antimalarial drugs. In: Wiselogle, F.Y.A. Survey of antimalarial drugs 1941-1945. Ann Arbor, J.W. Edwards, 1946. 1, 177.
47. SILVA, P.; ALVARADO, R.; QUEVEDO, F.; CAROCCA, A.; ARANDA, W. Estudio de la conducta masturbatoria y la conducta coital entre estudiantes universitarios. Cuad. méd. Soc., Santiago de Chile, 27 (2):18-20, 1986.
48. TAUCHER, E. Fecundidad y salud materno infantil. Bol. As. chil. Protec. Fam., 22(7):26-43, 1986.
49. VALENZUELA, M.; HEROLD, J.; MORRIS, L. Encuesta de salud de la reproducción en adultos jóvenes del gran Santiago. Cuad. Méd. Soc., Santiago de Chile, 31 (1):19-20, 1990.
50. ZIPPER, J.; STACHETTI, E.; MEDEL, M. Human fertility control by transvaginal application of quinacrine on the fallopian tube. Fertil. Steril., 21:581-9, 1970.
51. ZIPPER, J.; PRAGER, R.; MEDEL, M. Biologic changes induced by unilateral intrauterine instillation of quinacrine in the rat and their reversal by either estradiol or progesterone. Fertil. Steril., 24:48-53, 1973.

52. ZIPPER, J.; COLE, L.P.; GOLDSMITH, A.; WHEELER, R.; RIVERA, M. Quinacrine hydrochloride pellets: preliminary data on a nonsurgical method of sterilization. *Int. J. Gynaec. Obstet.*, 18:275-9, 1980.
53. ZIPPER, J.; EDELMAN, D.; COLE, L.P.; RIVERA, M. Overview of clinical trials with quinacrine. In: Zatuchni, G.I.; Shelton, J.D.; Goldsmith, A.; Sciarra, J.J. ed. *Female transcervical sterilization*. Philadelphia, Harper & Row, 1983. p.94-9
54. ZIPPER, J.; COLE, L.P.; RIVERA, M.; BROWN, E.; WHEELER, R.G. Efficacy of two insertions of 100-minute releasing quinacrine hydrochloride pellets for non-surgical female sterilization. *Adv. Contracept.*, 3:355-61, 1987.
55. ZIPPER, J. Comunicação pessoal.

ANEXOS

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Departamento de Saúde Materno-Infantil

Local: Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile

Orientadora: Néia Schor

Aluna: Fanny Viviana López Alegria

QUESTIONARIO

A. Dados pessoais

1. Identificação.....
2. Data da entrevista.....
3. Idade.....
4. Escolaridade.....
5. Trabalho.....
6. Religião.....
7. Estado civil.....
8. Estado marital.....

B Entrevista

1. Qual a sua idade na 1a. menstruação?.....
2. Qual a sua idade na 1a. relação sexual?.....
3. Fazia uso de algum método contraceptivo quando teve a sua 1a. relação sexual?.....
4. Por que?.....
5. Que idade tinha e em que momento começou a usar métodos contraceptivos?.....

6. Qual foi o tempo de uso de cada método contraceptivo?...

.....
.....
.....

7. Quantos anos tinha na 1a. gravidez?.....

8. Quantas vezes ficou grávida?.....

9. Quantos partos teve?.....

10. Quantos filhos vivos tem atualmente?.....

11. A sua última gravidez foi planejada?.....

12. Quantos parceiros sexuais teve até agora?.....

13. Quanto tempo esta com o atual parceiro?.....

14. Como você ficou sabendo da esterilização química?

.....

15. Quem tomou a decisão da esterilização?.....

16. Se a decisão dependesse apenas de você, qual seria?....

.....

17. Por que você quer se esterilizar?.....

.....

.....

.....

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Departamento de Saúde Materno-Infantil

Local: Hospital Sotero del Rio, Santiago, Chile

Orientadora: Néia Schor

Aluna: Fanny Viviana López Alegria

FORMULÁRIO

1. Data do prontuario.....

2. Identificação da mulher.....

3. Data de nascimento.....

4. Antecedentes gerais

 . cirúrgias.....

.....

 . hospitalizações.....

.....

 . alterações psiquiátricas.....

.....

 . outras.....

5. Anamnese

 . cefaléia.....

.....

 . alergia.....

.....

 . patologias em control atual.....

.....

6. Antecedentes gineco-obstétricos

- . número de gestações.....
- . número de partos.....
- . patologias concomitantes com a gestação.....
-
- . tipos de partos.....
-
-
-
- . abortos.....
-
- . patologias no último puerperio.....
-
- . métodos contraceptivos (data, tipo e causa de suspensão).....
-
-
-
- . Data da última menstruação.....
- . ciclos.....

7. Exame físico geral

- . peso.....
- . pressão arterial.....
- . temperatura axilar.....
- . pulso.....
- . pele.....
- . extremidades inferiores.....

8. Exame gineco-obstétrico

- . dia do ciclo menstrual.....
- . mamas.....
- . abdomen.....
- . genitais internos.....
- . toque vaginal bimanual.....
-
-
- . especulosopia.....
-
- . Papanicolaou.....
- . histerometria.....

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente A

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

- . cefaléia: (-)
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 5
- . paridade: 5
- . tipos de partos:
 - 79/parto eutocico/RN vivo/3.870 grs
 - 80/parto eutocico/RN vivo/3.810 grs
 - 84/parto eutocico/RN vivo/4.100 grs
 - 86/parto eutocico/RN vivo/3.850 grs
 - 87/parto eutocico/RN vivo/3.750 grs
- . patologias concomitantes com a gestação: (-)
- . abortos: (-)
- . patologia no último puerperio: (-)
- . métodos anticonceptivos:
 - 2 anos/lippes/expulsão
 - 1 ano/TCu/desejo gravidez
 - 3 anos/ogino-knauss/desejo esterilização

- . última menstruação: 5 dias - normal
- . ciclos: regular
- . papanicolaou: normal - sep/89

4. Exame físico geral

- . peso: 62 kilos
- . pressão arterial: 120/70
- . pulso: 72 pulsações por minuto
- . temperatura axilar: 36,5 C*
- . pele: (-)
- . extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

- . dia do ciclo menstrual: 5
- . mamas: (-)
- . abdomen: (-)
- . genitais externos: (-)
- . toque vaginal bimanual: (-)
- . especuloscopia: (-)
- . histerometria: 9,5 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente B

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

- . cefaléia: (-)
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 4

- . paridade: 4

- . tipos de partos:

77/parto eutocico/RN vivo/2.980 grs

82/parto eutocico/RN vivo/3.750 grs

88/parto eutocico/RN vivo/3.360 grs

89/parto eutocico/RN vivo/3.500 grs

- . patologias concomitantes com a gestação: colestacia intrahepática na 2a. e 3a. gravidez

- . abortos: (-)

- . patologia no último puerperio: (-)

- . métodos anticoncepcionais:

2 anos/Tcu/sintomas de expulsão

5 anos/lippes/sintomas de expulsão

6 meses/injectáveis/oligohipermenorrea

1 ano/ogino-knauss/insegurança

- . última menstruação: 4 dias - normal
- . ciclos: regular
- . papanicolaou: normal - jan/90

4. Exame físico geral

- . peso: 58 kilos
- . pressão arterial: 130/70
- . pulso: 84 pulsasões por minuto
- . temperatura axilar: 36,8 C*
- . pele: (-)
- . extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

- . dia do ciclo menstrual: 6
- . mamas: (-)
- . abdomen: (-)
- . genitais externos: (-)
- . toque vaginal bimanual: (-)
- . especuloscopia: (-)
- . histerometria: 7.5 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente C

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

- . cefaléia: (-)
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 4
- . paridade: 4

. tipos de partos:

74/parto eutocico/RN vivo/2.970 grs

77/parto eutocico/RN vivo/3.750 grs

79/parto eutocico/RN vivo/3.980 grs

82/parto eutocico/RN vivo/3.500 grs

- . patologias concomitantes com a gestação: infecção

urinaria (3a. gravidez)

- . abortos: (-)
- . patologia no último puerperio: (-)
- . métodos anticoncepcionais:

1 ano/lippes/falha do método (gravidez)

1 ano/orais/cloasma, nerviosismo

2 anos/TCu/hipermenorreia

2 anos/injectáveis/oligohipermenorreia

1 ano/orais/intolerância gastrica, varices

6 anos/líppes/hipermenorreia

. última menstruação: 5 dias - abundante

. ciclos: regular

. papanicolaou: normal - dez/89

4. Exame físico geral

. peso: 59 kilos

. pressão arterial: 140/70

. pulso: 88 pulsasões por minuto

. temperatura axilar: 36.8 C*

. pele: (-)

. extremidades inferiores: varices (+)

5. Exame ginecológico

. dia do ciclo menstrual: 9

. mamas: (-)

. abdomen: (-)

. genitais externos: (-)

. toque vaginal bimanual: (-)

. especuloscopia: (-)

. histerometria: 8 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente D

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: apendisectomia (65)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

- . cefaléia: leve esporádica, cede sem analgésicos
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 6
- . paridade: 4
- . tipos de partos:
 - 73/parto eutócico/RN vivo/3.200 grs
 - 78/parto eutócico/RN vivo/3.150 grs
 - 80/parto eutócico/RN vivo/3.450 grs
 - 88/parto eutócico/RN vivo/3.650 grs
- . patologias concomitantes com a gestação: (-)
- . abortos: 76/aborto espontâneo/curetagem uterina
89/aborto provocado/curetagem uterina
- . patologia no último puerperio: (-)
- . métodos anticoncepcionais:
 - 2 anos/líppes/falha do método (gravidez)
 - 6 meses/orais/cefaléia
 - 3 anos/injectáveis/desejo gravidez
 - 7 anos/orais/cefaléia

. última menstruação: 3 dias - normal

. ciclos: regular

. papanicolaou: normal - jun/89

4. Exame físico geral

. peso: 72 kilos

. pressão arterial: 120/60

. pulso: 80 pulsasões por minuto

. temperatura axilar: 36.8 C*

. pele: (-)

. extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

. dia do ciclo menstrual: 10

. mamas: (-)

. abdomen: (-)

. genitais externos: (-)

. toque vaginal bimanual: (-)

. especuloscopia: (-)

. histerometria: 8.5 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente E

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

. cefaléia: moderada com anticoncepcionais orais, cede com analgésicos.

- . alergia: (-)

. patologias em control atual: hipertensão arterial por anticoncepcionais orais

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 5

- . paridade: 3

- . tipos de partos:

77/parto prematuro/RN vivo/1.800 grs

78/cesarea por estrechez pelviana/RN vivo/3.550 grs

84/cesarea por estrechez pelviana/RN vivo/4.300 grs

- . patologias concomitantes com a gestação: (-)

- . abortos: 89/aborto espontaneo/curetagem uterina

90/aborto espontaneo

- . patologia no último puerperio: (-)

- . métodos anticoncepcionais:

1 ano/7Cu/falha do método (gravidez)

6 meses/TCu/expulsão

4 anos/lippes/desejo gravidez

4 anos/lippes/desejo gravidez

- 1 ano/orais/cefaleia/ hipertensão arterial
- . última menstruação: 5 dias - escassa
- . ciclos: regular
- . papanicolaou: normal otu/89

4. Exame físico geral

- . peso: 64 kilos
- . pressão arterial: 140/100
- . pulso: 72 pulsasões por minuto
- . temperatura axilar: 36.6 C*
- . pele: (-)
- . extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

- . dia do ciclo menstrual: 10
- . mamas: (-)
- . abdomen: (-)
- . genitais externos: (-)
- . toque vaginal bimanual: (-)
- . especuloscopia: (-)
- . histerometria: 8 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente F

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

. cefaléia: moderada acentuada por anticoncepcionais orais, cede com analgésicos

- . alergia: (-)
- . patologias em controle atual: displasia mamária

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 3
- . paridade: 3
- . tipos de partos:
 - 77/parto eutócico/RN vivo/3.550 grs
 - 82/parto eutócico/RN vivo/3.500 grs
 - 86/parto eutócico/RN vivo/3.800 grs
- . patologias concomitantes com a gestação: (-)
- . abortos: (-)
- . patologia no último puerpério: (-)
- . métodos anticoncepcionais:
 - 2 anos/orais/intolerância digestiva
 - 2 anos/TCu/falha do método (gravidez)
 - 4 anos/líppes/falha do método (gravidez)
 - 2 anos/orais/intolerância digestiva
- . última menstruação: 3 dias - normal

- . ciclos: regular
- . papanicolaou: normal -ago/89

4. Exame físico geral

- . peso: 50 kilos
- . pressão arterial: 120/60
- . pulso: 78 pulsasões por minuto
- . temperatura axilar: 36.8 C*
- . pele: (-)
- . extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

- . dia do ciclo menstrual: 4
- . mamas: mama izquierda, quadrante supero-externo nódulo difuso, sensible á palpação
- . abdomen: (-)
- . genitais externos: (-)
- . toque vaginal bimanual: (-)
- . especuloscopia: (-)
- . histerometria: 7.5 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente G

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

- . cefaléia: pre-menstrual leve, cede com analgesicos
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 11
- . paridade: 3
- . tipos de partos:
 - 73/parto eutocico/RN vivo/3.850 grs
 - 76/cesarea -circular ao colo/RN vivo/2.850 grs
 - 84/cesarea -rotura prematura membranas/RN vivo/2.250 gr
- . patologias concomitantes com a gestação: aborto

habitual.

- . abortos: 74/aborto espontaneo/curetagem uterina
 - 74/aborto espontaneo/curetagem uterina
 - 75/aborto espontaneo/curetagem uterina
 - 75/aborto espontaneo/curetagem uterina
 - 76/aborto espontaneo/curetagem uterina
 - 77/aborto espontaneo/curetagem uterina
 - 77/aborto espontaneo/curetagem uterina
 - 77/aborto espontaneo/curetagem uterina

patologia no último puerperio: (-)

métodos anticoncepcionais:

1 ano/orais/intolerância digestiva

1 ano/línguas/hipermenorrea

6 anos/TCu/desejo gravidez

1 ano/TCu/desejo esterilização

última menstruação: 6 dias - abundante

ciclos: regular

papanicolaou: normal - mai/89

4. Exame físico geral

. peso: 55 kilos

. pressão arterial: 120/80

. pulso: 76 pulsações por minuto

. temperatura axilar: 36.6 C*

. pele: (-)

. extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

. dia do ciclo menstrual: 9

. mamas: (-)

. abdome: (-)

. genitais externos: (-)

. toque vaginal bimanual: (-)

. especuloscopia: (-)

. histerometria: 8.5

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente H

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

- . cefaléia: ocasional moderada, cede com analgesicos
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 3
- . paridade: 3

- . tipos de partos:

71/parto eutocico/RN vivo/2.600 grs

78/parto eutocico/RN vivo/3.000 grs

89/parto eutocico/RN vivo/3.000 grs

- . patologias concomitantes com a gestação: colestacia intrahepatica na 2a. gravidez

- . abortos: (-)
- . patologia no último puerperio: (-)

- . métodos anticonceptivos:

9 anos/lippes/hipermenorreas

1 ano/quimicos/insegurança

- . última menstruação: 5 dias - escassa
- . ciclos: regular
- . papanicolaou: normal set/89

4. Exame físico geral

- . peso: 61 kilos
- . pressão arterial: 120/80
- . pulso: 76 pulsasões por minuto
- . temperatura axilar: 36.6 C*
- . pele: (-)
- . extremidades inferiores: varices (+)

5. Exame ginecológico

- . dia do ciclo menstrual: 6
- . mamas: (-)
- . abdomen: (-)
- . genitais externos: (-)
- . toque vaginal bimanual: (-)
- . especuloscopia: (-)
- . histerometria: 7.5 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente I

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2.- Anamnese

- . cefaléia: pré-menstrual leve, cede com analgesicos
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 3
- . paridade: 2
- . tipos de partos:
 - 72/forceps por ?/RN vivo/2.800 grs
 - 80/cesarea por CIE/RN vivo/4.000 grs
- . patologias concomitantes com a gestação: colestacia

intrahepatica na 2a. gravidez

- . abortos:
 - 73/aborto espontaneo/curetagem
- . patologia no último puerperio: (-)
- . métodos anticoncepcionais:
 - 1 ano/TCu/metrorragia
 - 1 ano/orais/intolerancia digestiva
 - 6 anos/lippes/sintomas de expulsão
 - 1 ano/preservativos/insegurança
- . última menstruação: 4 dias - normal

- . ciclos: regular
- . papanicolaou: normal dez/89

4. Exame físico geral

- . peso: 70 kilos
- . pressão arterial: 130/80
- . pulso: 88 pulsasões por minuto
- . temperatura axilar: 36.8 C*
- . pele: (-)
- . extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

- . dia do ciclo menstrual: 5
- . mamas: (-)
- . abdomen: (-)
- . genitais externos: (-)
- . toque vaginal bimanual: (-)
- . especulosopia: (-)
- . histerometria: 7.5 cms

PRONTUÁRIO CLÍNICO - Paciente J

1. Antecedentes gerais

- . cirúrgias: (-)
- . hospitalizações: (-)
- . alterações psiquiátricas: (-)

2. Anamnese

- . cefaléia: (-)
- . alergia: (-)
- . patologias em control atual: (-)

3. Antecedentes gineco-obstétricos

- . gestações: 3
- . paridade: 2
- . tipos de partos:
 - 71/forceps por estrechez pelviana/RN vivo/2.870 grs
 - 86/cesarea por estrechez pelviana/RN vivo/3.150 grs
- . patologias concomitantes com a gestação: (-)
- . abortos:
 - 89/aborto espontaneo/curetagem
- . patologia no último puerperio: (-)
- . métodos anticonceptivos:
 - 8 anos/TCu/sem problemas
 - 4 anos/TCu/desejo de gravidez
 - 3 anos/orais/intorelança gastrica
- . última menstruação: 5 dias - normal
- . ciclos: regular
- . papanicolaou: normal out/89

4. Exame físico geral

- . peso: 65 kilos
- . pressão arterial: 130/70
- . pulso: 80 pulsasões por minuto
- . temperatura axilar: 36.8 C*
- . pele: (-)
- . extremidades inferiores: (-)

5. Exame ginecológico

- . dia do ciclo menstrual: 9
- . mamas: (-)
- . abdomen: (-)
- . genitais externos: (-)
- . toque vaginal bimanual: (-)
- . especuloscopia: (-)
- . histerometria: 7.5 cms