



Estratégias contraceptivas em pacientes com cardiopatias crônicas

Ana Carolina Horta Salvador Chiareli¹; 0009-0008-1736-6873
Caroline Chueri de Oliveira²; 0009-0009-1538-5138
Julia Barros de Azevedo³; 0009-0005-6774-5650
Lara Danielle Nowak⁴ 0000-0002-6323-6892

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
acchiareli15@gmail.com

2 - UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
carolchuerii@gmail.com

3 - UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
juliaazeveedo@hotmail.com (contato principal)

4 - UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
laradanino@gmail.com

Resumo: A doença cardiovascular é um grave problema de saúde negligenciado para mulheres em países tanto desenvolvidos quanto em desenvolvimento. Estudos têm mostrado uma associação entre risco cardiovascular e o uso de hormonioterapia, destacando a importância de uma orientação contraceptiva adequada para mulheres com fatores de risco para doenças cardíacas. É necessário analisar os mecanismos de ação dos métodos contraceptivos e compreender a fisiopatologia das doenças cardíacas mais comuns em mulheres em idade fértil, a fim de identificar as repercussões dos anticoncepcionais no funcionamento do sistema cardiovascular, bem como seus riscos e benefícios. Em resumo, o objetivo desta revisão é descrever os métodos contraceptivos mais indicados e eficazes para mulheres com hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca, valvopatias e doenças coronarianas.

Palavras-chave: Contracepção. Doenças cardiovasculares. Fatores de risco.



INTRODUÇÃO

Anticoncepção corresponde ao uso de métodos e técnicas com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez (Febrasgo, 2015). Quem procura o planejamento familiar está em busca da satisfação de um desejo pessoal de limitar, regular ou espaçar o número de filhos de acordo com o que considera melhor para si. À equipe de saúde, detentora de conhecimento técnico, cabe complementar e corrigir as informações para uma escolha realmente consciente e informada para a consecução deste objetivo (Febrasgo, 2015).

As doenças cardiovasculares são a principal causa de morte não só no Brasil, mas em todo o mundo, todos os anos milhares de brasileiros vão a óbito em decorrência dessas doenças. Os principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares são o tabagismo, colesterol em excesso, obesidade, estresse, depressão e diabetes (Ministério da Saúde, 2022).

A maioria das mulheres em idade reprodutiva com doenças cardiovasculares são sexualmente ativas. O aconselhamento precoce e preciso da equipe sobre a segurança e eficácia contraceptiva específica para cada doença é fundamental para prevenir gravidezes não planejadas neste grupo de pacientes de alto risco (Lindley *et al.*, 2021, p. 1823).

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com base na busca bibliográfica nas bases de dados Google Scholar, SciELO, Pubmed e UpToDate. Foram considerados para a revisão artigos publicados entre os anos de 2011 e 2023, nos idiomas português e inglês, que guardavam relação com o escopo desta pesquisa. Além disso, foram utilizados o Manual de Anticoncepção da Febrasgo (2015), Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial (2020), Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018) e Critérios médicos de elegibilidade para uso de anticoncepcionais da OMS (Organização Mundial da Saúde) (2015).

A busca para construção da revisão se deu por meio dos descritores “Hypertension”, “Cardiac insufficiency”, “Valve disease”, “Coronary Artery Disease” e



“Mitral insufficiency” na plataforma PubMed e “sistema renina-angiotensina-aldosterona” na plataforma UpToDate. Foram selecionados, ao todo, 12 artigos, considerando os que melhor abordavam as doenças descritas.

Em seguida, foram empregadas a associação dos seguintes descritores “Contraception, Valvulopathy”, “Contraception, Coronary artery disease”, “Contraception, Women with heart disease”, na plataforma PubMed, resultando em 6 artigos que atendiam aos critérios adotados. Não foram considerados os artigos que constavam apenas com resumos e relatos de casos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A contracepção é fundamental para que as mulheres possam regular sua fecundidade e, dessa maneira, poder exercer seus direitos reprodutivos, com a possibilidade de escolha e autonomia (Lago *et al.*, 2020).

FORMAS DE CONTRACEPÇÃO

ESTROGÊNIO E PROGESTERONA COMBINADO

Os contraceptivos combinados de estrogênio e progesterona incluem anticoncepcional oral combinado (COCs), adesivo transdérmico, anel vaginal e o injetável mensal onde possuem uma combinação de estrogênio (várias dosagens) e progestágenos (quatro gerações diferentes). Os progestagênios, em associação aos estrogênios, impedem o pico do hormônio luteinizante (LH), bloqueando a ovulação (Febrasgo, 2015).

PROGESTOGÊNIO ISOLADO

A contracepção apenas com progesterona inclui pílulas apenas com progesterona, injeções de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DPMA) e implantes subdérmicos. Seu funcionamento básico ocorre por espessamento do muco cervical impedindo, portanto, a progressão do espermatozóide; redução da motilidade tubária e inibição da proliferação endometrial, determinando hipotrofia ou atrofia. Algumas preparações podem promover a inibição da ovulação, dependendo da dose e tipo do progestagênio (Febrasgo, 2015).



DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIUs)

O dispositivo intrauterino consiste em um objeto sólido de formato variável que é inserido através do colo uterino na cavidade uterina (Febrasgo, 2015). Os DIUs podem ser classificados em hormonais e não hormonais. O não hormonal é revestido geralmente de cobre, onde a presença de um corpo estranho e de cobre na cavidade endometrial causa mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio, além de produzir modificações no muco cervical (Febrasgo, 2015). O DIU hormonal é um reservatório de levonorgestrel que deixa o muco cervical espesso e hostil à penetração do espermatozoide, inibindo a sua motilidade no colo, no endométrio e nas tubas uterinas, prevenindo a fertilização (Febrasgo, 2015).

BARREIRA

Os métodos de barreira são assim denominados por bloquear a ascensão dos espermatozoides para a cavidade uterina, impedindo a fecundação. Podem ser classificados quanto ao seu mecanismo de ação principal em barreira mecânica, química ou mista. Como exemplos de métodos de barreira mecânica, citamos o preservativo masculino e o feminino; de barreira química, os espermaticidas e as esponjas, e de barreira mista, o diafragma e o capuz cervical (Febrasgo, 2015).

DOENÇAS CARDÍACAS MAIS RELEVANTES QUE NECESSITAM DE ATENÇÃO QUANTO AO MÉTODO CONTRACEPTIVO

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)

Trata-se de uma condição multifatorial, que depende de fatores genéticos/epigenéticos, ambientais e sociais. Caracterizada por elevação persistente da pressão arterial (PA), ou seja, PA sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou PA diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, medida com a técnica correta, em pelo menos três ocasiões diferentes, na ausência de medicação anti-hipertensiva (Barroso *et al.*, 2020).

Em mulheres com HAS não controlada orientamos o uso de contraceptivos não hormonais (métodos de barreira com seu uso consistente e DIU revestido com cobre ou prata) e os de progestágenos isolados (pílulas apenas com progesterona, injeções de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DPMA), implantes subdérmicos e DIU revestido com Levonorgestrel (Shufelt *et al.*, 2020). Estes não apresentaram o



risco de aumentar a pressão arterial. A pressão arterial é aumentada pelos contraceptivos hormonais combinados (CHCs) devido ao aumento da produção hepática de angiotensinogênio ativando o sistema renina-angiotensina-aldosterona. Preparações não orais de CHC, como preparações transdérmicas, anel vaginal e injeções foram menos estudados em mulheres com hipertensão, no entanto, acredita-se que os riscos sejam comparáveis aos da administração oral combinada anticoncepcionais (Shufelt *et al.*, 2020).

INSUFICIÊNCIA CARDÍACA

Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2018, p. 442), “Insuficiência cardíaca (IC) é uma síndrome clínica complexa, na qual ou o coração é incapaz de bombear sangue de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. Tal síndrome pode ser causada por alterações estruturais ou funcionais cardíacas e caracteriza-se por sinais e sintomas típicos, que resultam da redução no débito cardíaco e/ou das elevadas pressões de enchimento no repouso ou esforço.” Dentre os vários mecanismos que corroboram para o desenvolvimento da IC podemos citar, resumidamente, a hipertensão mal controlada, disfunção renal, infecções e fibrilação atrial ou isquemia (Rohde *et al.*, 2018). A IC pode ser determinada de acordo com a fração de ejeção, a gravidade dos sintomas e o tempo e progressão da doença (Rohde *et al.*, 2018).

Ao pensar em contracepção para mulheres com Insuficiência Cardíaca devemos considerar o estadiamento clínico da doença, que avalia a progressão da doença, podendo ser classificada em quatro estágios principais (A, B, C e D) de acordo com o American College of Cardiology. No estágio A, há risco de desenvolver IC, mas sem doença estrutural ou sintomas de IC; no estágio B, está presente doença estrutural cardíaca sem sintomas de IC; no estágio C, ocorre uma doença estrutural cardíaca com sintomas prévios ou atuais de IC e no estágio D, há IC refratária ao tratamento clínico, necessitando de intervenção especializada (Rohde *et al.*, 2018).

É indicado o uso de contraceptivos não hormonais, incluindo métodos de barreira com seu uso consistente e DIU de cobre e/ou prata. Quanto aos contraceptivos hormonais, os combinados não deveriam ser recomendados, considerando que o estrogênio interfere sobre o aumento da pressão arterial, perfil



lipídico e fatores de coagulação. O uso dos progestágenos de administração oral, intrauterina, subdérmica e intramuscular apresentam perfil cardiovascular mais favorável, podendo ser usados com maior segurança (Sedlak *et al.*, 2012).

VALVULOPATIAS

A valvulopatia é causada por dano ou defeito em uma das quatro válvulas cardíacas, aórtica, mitral, tricúspide ou pulmonar. Defeitos nessas válvulas podem ser congênita ou adquirida. Idade, sexo, uso de tabaco, hipercolesterolemia, hipertensão e diabetes tipo II contribuem para o risco de doença (Zeng *et al.*, 2016).

A patogênese é provavelmente devido à interação de fatores genéticos e influências ambientais, embora os mecanismos precisos não sejam conhecidos (Zeng *et al.*, 2016).

Para pacientes portadoras de doença valvar não complicada e complicada a tendência atual é se indicar os métodos que contenham progesterona isolada (pílulas apenas com progesterona, injeções de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DPMA), implantes subdérmicos e DIU de levonorgestrel e os não hormonais (métodos de barreira com seu uso consistente e DIU de cobre e/ou prata) porque são seguros e eficazes. Em relação aos contraceptivos hormonais combinados, não são indicados devido ao risco de eventos tromboembólicos, embora esse risco deva ser sempre individualizado de acordo com as necessidades de cada paciente (Lindley *et al.*, 2021).

CORONARIOPATIAS

A doença arterial coronariana (DAC) ou conhecida como coronariopatia é uma patologia intimamente relacionada à aterosclerose, já que apresenta como mecanismo de ação, o acúmulo gradual de lipídeos, células inflamatórias, células musculares lisas e tecido conjuntivo na túnica íntima de artérias de grande e médio calibre, que são responsáveis por fornecer oxigênio e nutrientes ao coração (Khera *et al.*, 2018). Uma das consequências diretas desencadeada pela coronariopatia é o infarto do miocárdio (IM) que ocorre por um coágulo sanguíneo que é liberado para a circulação por uma ruptura superficial na placa e, assim, ao chegar em um vaso ou capilar de menor calibre fica preso e interrompe o fluxo sanguíneo daquela área, ocasionando morte celular (Pathak *et al.*, 2017).



Mulheres com coronariopatia isquêmica ou acidente vascular cerebral podem iniciar contracepção contendo somente progestagênio com segurança, com exceção do injetável trimestral pois há alteração no perfil lipídico (aumento do colesterol e triglicerídeos com diminuição concomitante do HDL) e risco discretamente aumentado para eventos tromboembólicos venosos (Ávila *et al.*, 2020); no entanto, se elas apresentarem o evento após a introdução do método contraceptivo hormonal, este deverá ser desaconselhado, e a contracepção não hormonal deverá ser discutida com a paciente podendo sugerir o uso dos métodos de barreira e DIU revestido com cobre ou prata. Nesse contexto clínico, os métodos combinados devem ser evitados (Ávila *et al.*, 2020).

CONCLUSÕES

O uso de contraceptivos em mulheres cardiopatas envolve uma abordagem cuidadosa e individualizada. Embora os contraceptivos possam oferecer benefícios significativos em termos de planejamento familiar e controle de natalidade, é crucial considerar os riscos potenciais associados, especialmente em mulheres com condições cardíacas preexistentes. A decisão de prescrever contraceptivos deve ser feita após uma avaliação abrangente do histórico médico, fatores de risco cardiovascular, idade, estilo de vida e preferências da paciente.

REFERÊNCIAS

AVILA, W. S. et al. **Posicionamento da Sociedade Brasileira de Cardiologia para Gravidez e Planejamento Familiar na Mulher Portadora de Cardiopatia – 2020.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 114, n. 5, p. 849–942, maio 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/abc/a/G44cMS57LdN9g65nyqYSg6m/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em 15 outubro 2022.

BARROSO, Weimar Kunz Sebba et al. **Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial – 2020.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 116, n. 3, p. 516-658-, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36660/abc.20201238> . Acesso em 15 abril 2022.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/> . Acesso em 07 maio 2022.



KHERA, Amit; Sekar, Kathiresan. **“Genetics of coronary artery disease: discovery, biology and clinical translation.”** Nature reviews. Genetics vol. 18,6 (2017): 331-344. doi:10.1038/nrg.2016.160. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5935119/#idm140672163678032title>

Acesso em 10 setembro 2021.

LAGO, T. D. G. DO. et al. **Diferenciais da prática contraceptiva no Município de São Paulo, Brasil: resultados do inquérito populacional Ouvindo Mulheres.** Cadernos de Saúde Pública, v. 36, n. 10, p. e00096919, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/3NjthK468fMgw8PSKhy6WFR/abstract/?lang=pt>.

LINDLEY K, Bairey Merz C, Davis M, et al. **Contraception and Reproductive Planning for Women With Cardiovascular Disease.** J Am Coll Cardiol. 2021 Apr, 77 (14) 1823–1834. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2021.02.025> Acesso em 25 junho 2023.

PATHAK, Lekha Adik et al. **“Coronary artery disease in women.”** Indian heart journal vol. 69,4 (2017): 532-538. doi:10.1016/j.ihj.2017.05.023. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5560902/> Acesso em 10 setembro 2022.

ROHDE, Luis Eduardo Paim et al. **Diretriz brasileira de insuficiência cardíaca crônica e aguda.** Arquivos Brasileiros de Cardiologia, v. 111, n. 3, p. 436-539, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/abc.20180190>. Acesso em 23 maio 2023.

SEDLAK, Tara et al. **“Contraception in patients with heart failure.”** Circulation vol. 126,11 (2012): 1396-400. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.111.070607. Disponível em: <https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.111.070607>. Acesso em 02 abril 2023.

SHUFELT C, LeVee A. **“Hormonal Contraception in Women With Hypertension.”** JAMA. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8528006> Acesso em 25 junho 2023.

World Health Organization. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**; 5th ed, 2015. Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>. Acesso em 02 abril 2023.

ZENG, Y I et al. **“Pathophysiology of valvular heart disease.”** Experimental and therapeutic medicine vol. 11,4 (2016): 1184-1188. doi:10.3892/etm.2016.3048. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4812598>. Acesso em 20 abril 2024.