

Atenção Primária à Saúde

**CICLOS DE VIDA**

GUIA RÁPIDO

**PLANEJAMENTO**

**SEXUAL E REPRODUTIVO**



SAÚDE





SAÚDE



Atenção Primária à Saúde

**CICLOS DE VIDA**

GUIA RÁPIDO

**PLANEJAMENTO**

**SEXUAL E REPRODUTIVO**

Versão Profissional

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

1.<sup>a</sup> Edição

Rio de Janeiro/RJ

2023

© 2023 Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

**Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro**

Eduardo Paes

**Secretário Municipal de Saúde**

Daniel Soranz

**Subsecretário Executivo**

Rodrigo Prado

**Subsecretário de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde**

Renato Cony Seródio

**Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento**

Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa

**Superintendente de Promoção da Saúde**

Denise Jardim de Almeida

**Superintendente de Vigilância em Saúde**

Gislani Mateus Oliveira Aguiar

**Superintendente de Atenção Primária**

Larissa Cristina Terrezo Machado

**Coordenadora das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida**

Aline Rodrigues de Aguiar

**Gerência da Área Técnica de Saúde da Mulher**

Claudia Dames de Arruda Lavelle

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

Atenção primária à saúde : ciclos da vida : guia rápido planejamento sexual e reprodutivo : versão profissional / Rio de Janeiro (RJ). Prefeitura. Secretaria Municipal de Saúde. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio De Janeiro, 2023. -- (Série F. comunicação e educação em saúde)

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-86417-38-8

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Planejamento familiar 3. Saúde pública 4. Saúde reprodutiva 5. Sistema Único de Saúde (Brasil) I. Série.

24-192301

CDD-616.0252

**Índices para catálogo sistemático:**

1. Atenção Primária à Saúde : Diretrizes práticas : Medicina 616.0252

Tábata Alves da Silva — Bibliotecária — CRB-8/9253

**Coordenação Técnica**

Aline Rodrigues de Aguiar

**Elaboração**

Carolina Ennes

Julia Lima Bezerra

**Colaboração**

Aline Furtado de Mendonça

Aline Rodrigues de Aguiar

Ariana de Souza Rodrigues dos Santos

Camila Moreira Fonseca

Claudia Dames de Arruda Lavelle

Larissa Melo Vasconcellos

Lucas Galhardo de Araújo

Michele Lopes Pedrosa

Tayná Leonardo da Silva

**Revisão Técnica**

Carolina Ennes

Cassia Kirsch Lanes

Claudia Dames de Arruda Lavelle

Helena Magalhães

Larissa Cristina Terrezo Machado

**Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio**

Paula Fiorito

Cláudia Ferrari

**Supervisão Editorial**

Aluisio Bispo

**Capa**

Luciano Freitas

**Projeto Gráfico**

Aluisio Bispo

**Diagramação**

Sandra Araujo

# SUMÁRIO

<b>SOBRE ESTE GUIA .....</b>	<b>7</b>
<b>TERMOS E CONCEITOS RELEVANTES.....</b>	<b>7</b>
<b>PARTE 1: DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS .....</b>	<b>8</b>
Princípios e diretrizes dos direitos sexuais e reprodutivos .....	8
Interrupção legal da gestação .....	10
<b>PARTE 2: QUANDO HÁ DESEJO DE GESTAR.....</b>	<b>12</b>
<b>Consulta pré-concepcional.....</b>	<b>12</b>
Elementos-chave da anamnese.....	12
Elementos-chave do exame físico .....	13
Intervenções e condutas .....	13
Orientações relevantes à pessoa/casal .....	14
Manejo de algumas condições prevalentes.....	15
Populações específicas .....	16
<b>Abordagem do casal infértil.....</b>	<b>17</b>
Etiologia.....	17
Elementos-chave da anamnese.....	18
Elementos-chave do exame físico .....	18
<b>Perda gestacional recorrente .....</b>	<b>25</b>

Elementos-chave da anamnese.....	26
Elementos-chave do exame físico .....	26

**PARTE 3: QUANDO NÃO HÁ DESEJO DE GESTAR..... 31**

**Introdução ..... 31**

**Tarefas e lacunas do cuidado ..... 32**

**Populações específicas ..... 33**

Adolescência.....33

Climatério.....34

Pessoas trans em hormonização .....34

Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) .....35

**1. Contraceção de emergência ..... 36**

Contraceptivos de emergência .....37

**2. Métodos larc — contraceptivos reversíveis de longa duração..... 40**

Dispositivo Intrauterino (DIU) de Cobre .....41

Dispositivo Intrauterino Hormonal (DIU-LNG) .....56

Implante contraceptivo hormonal .....67

**3. Métodos Combinados ..... 75**

Anticoncepcional Oral Combinado (AOC).....76

Anticoncepcional Injetável Mensal (AIM) .....82

Anel vaginal.....86

Adesivo transdérmico .....90

<b>4. Métodos de progestógeno isolado .....</b>	<b>93</b>
Minipílula ou anticoncepcional oral de progestógeno isolado .....	94
Anticoncepcional Injetável Trimestral (AIT).....	98
<b>5. Métodos de barreira.....</b>	<b>102</b>
Preservativos.....	103
Diafragma .....	106
<b>6. Métodos comportamentais e amenorreia lactacional.....</b>	<b>109</b>
Amenorreia Lactacional (AL) .....	110
Coito Interrompido .....	113
Tabelinha.....	115
Métodos de percepção de fertilidade.....	118
<b>7. Métodos de esterilização cirúrgica .....</b>	<b>122</b>
Vasectomia.....	122
Laqueadura tubária.....	126
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>133</b>
<b>Anexo 1 — Taxa de falha dos diferentes métodos contraceptivos .....</b>	<b>133</b>
<b>Anexo 2 — Comparação entre o DIU de cobre e o DIU hormonal .....</b>	<b>134</b>
<b>Anexo 3 — Comparação entre injeção mensal e trimestral .....</b>	<b>135</b>
<b>Anexo 4 — Entrevista para descartar gestação .....</b>	<b>136</b>

## SOBRE ESTE GUIA

Este guia foi elaborado pela Gerência da Área Técnica de Saúde da Mulher (GSM) da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV) com o objetivo de fornecer orientações para os profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS), conduzindo-os para a realização de ações de planejamento reprodutivo que sejam centradas no indivíduo e suas famílias. Todas as pessoas devem ter direito a realizar a escolha reprodutiva de maneira segura e munida de informações de qualidade, além de ter acesso aos métodos e meios contraceptivos. Por meio da qualificação da rede, com base nas melhores evidências científicas disponíveis, buscamos fortalecer a abordagem integral e o acolhimento aos indivíduos, assegurando o respeito à autonomia e aos direitos sexuais e reprodutivos.

## TERMOS E CONCEITOS RELEVANTES

- **Data da última menstruação:** É o primeiro dia da última menstruação, ou seja, o dia que começou o sangramento.
- **Uso perfeito e uso rotineiro:** Uso perfeito é o uso completamente sem falhas do método contraceptivo, sem esquecimentos, interações ou erros, o que permite que a efetividade do método seja a maior possível. Uso rotineiro é o uso cotidiano, usual do método contraceptivo, considerando eventuais atrasos, esquecimentos, interações ou erros no uso, que podem reduzir a sua efetividade.
- **Taxa de falha:** É a frequência esperada de falha do método contraceptivo, isto é, a taxa de gravidez na população em uso de determinado método durante certo período de tempo, em geral ao longo de um ano. Estima-se que uma população de 1.000 mulheres sem uso de qualquer método contraceptivo, após um ano de relações desprotegidas, apresente 850 casos de gestação. Afirmar que um método contraceptivo possui taxa de falha de 6 em 1.000, por exemplo, significa dizer que, se 1.000 mulheres utilizarem este método ao longo de um ano, somente seis engravidarão, o que representa uma redução de 844 gestações em 1.000.
- **Método de apoio:** Os métodos de apoio são aqueles utilizados para evitar gravidez durante a janela de tempo que alguns contraceptivos levam para atingir o efeito desejado. Os principais métodos de apoio são os preservativos e a abstinência sexual.

- **Critérios de elegibilidade:** São critérios para uso seguro dos métodos contraceptivos na presença de diferentes situações e condições clínicas. De forma geral, a interpretação das categorias é simplificada, entendendo-se que o método é recomendado quando recebe Categoria 1 ou 2, e não é recomendado quando recebe Categoria 3 ou 4.
  - **Categoria 1:** O método pode ser usado sem restrições.
  - **Categoria 2:** De modo geral, o método pode ser utilizado, porém com o devido acompanhamento.
  - **Categoria 3:** Método não recomendado, a não ser que outros métodos mais adequados não estejam disponíveis. Se utilizado, deve ser feito acompanhamento rigoroso.
  - **Categoria 4:** Risco inaceitável. O método não deve ser utilizado.
- **Contraindicações relativas:** São condições ou situações que geram risco no uso de determinado método contraceptivo. A existência de uma contraindicação relativa a um método significa que os riscos costumam superar os benefícios, ou seja, de forma geral o método não deve ser utilizado, salvo na ausência de qualquer alternativa contraceptiva. Caso não existam alternativas viáveis e a pessoa decida pelo uso desse método, os riscos envolvidos devem estar claros e deve ser estabelecida vigilância clínica rigorosa. Nos critérios de elegibilidade, as contraindicações relativas são aquelas identificadas como Categoria 3.
- **Contraindicações absolutas:** São condições ou situações que geram risco inaceitável à saúde no uso de determinado método contraceptivo. Dessa forma, o método não deve.

## PARTE 1: DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

### PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DOS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Até o início do século 20, os cuidados à saúde das mulheres limitavam-se à função reprodutiva e à saúde materna. Com a industrialização e a urbanização, e sobretudo após a Segunda Guerra Mundial, as mulheres aumentaram a ocupação de espaços de trabalho fora do lar, fortaleceram sua organização política e a reivindicação de direitos, incluindo

programas de atenção à saúde não limitados à gestação e ao parto. Nas últimas décadas do século, movimentos feministas de diferentes regiões do mundo conseguiram influenciar as discussões das Conferências Internacionais sobre População e Desenvolvimento (CIPD), da Organização das Nações Unidas (ONU). Inicialmente, CIPD/ONU objetivavam obter o compromisso dos Estados com a redução da natalidade e o controle demográfico, porém, a partir da década de 80, passaram a considerar as pautas das mulheres como indissociáveis da questão populacional.

A CIPD realizada no Cairo em 1994 foi um marco fundamental na defesa da necessidade de integração das mulheres ao processo de desenvolvimento, por meio do acesso à educação e da participação na vida econômica, política, social e cultural. Definiu-se o conceito de Direito e Saúde Reprodutiva, reconhecendo o direito de “casais e indivíduos a decidir, livre e responsabilmente, o número de filhos e o intervalo entre eles, a dispor da informação e dos meios para tal e o direito de alcançar o nível mais avançado de saúde sexual e reprodutiva”. Um ano depois, na IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Pequim, afirmou-se que os direitos humanos incluíam os direitos de mulheres e meninas, englobando os direitos sexuais e reprodutivos. As Conferências de Cairo e Pequim introduziram as questões de saúde sexual e reprodutiva na agenda internacional e passaram a nortear as políticas de saúde para mulheres em diversos países.

No Brasil, em meio à redemocratização e à intensa mobilização social, foi formulado em 1983 o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que, pela primeira vez, trouxe o conceito de integralidade e equidade na atenção à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida, abarcando questões sociais e de gênero, assim como a educação em saúde para o autoconhecimento e o autocontrole de seus corpos. Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), avançando no que se refere à atenção ginecológica, ao planejamento reprodutivo, à assistência ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual, e incluindo entre seus objetivos estratégias específicas de cuidados em saúde para mulheres negras, indígenas e aquelas em privação de liberdade.

Em 2006, o documento denominado “Princípios de Yogyakarta” discutiu, a nível internacional, os direitos humanos considerando identidade de gênero e orientação sexual. Em 2011, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, reconhecendo as especificidades dessa população, incluindo a saúde sexual e reprodutiva e garantindo cuidado adequado às demandas apresentadas, sem discriminação.

As unidades da Atenção Primária à Saúde (APS), constituindo o primeiro nível de atenção do SUS, são os espaços que acolhem as demandas de saúde sexual e reprodutiva. A proximidade territorial com a população adscrita reduz barreiras de acesso e facilita o entendimento dos aspectos sociais, culturais e familiares. A longitudinalidade e a criação de vínculo contribuem para o diálogo e o sucesso dos planos de cuidados e para a identificação precoce de risco gestacional. Da mesma forma, cabe à equipe multidisciplinar da APS o acolhimento e a orientação para a redução de risco de pessoas que não desejam prosseguir com a gestação, assim como a identificação de permissivos legais de abortamento.

A saúde sexual e reprodutiva é um direito humano garantido constitucionalmente no Brasil. O acesso a cuidados necessários para sua manutenção é direito a ser assegurado pelas três esferas de governo. Pelo mesmo motivo, é dever de todas e todos os profissionais que trabalham em unidades de saúde que recebem demandas de saúde sexual e reprodutiva prestar atendimento ético, digno e respeitoso, baseado não em valores pessoais ou julgamentos morais, mas em boas práticas técnicas e humanas.

## INTERRUPÇÃO LEGAL DA GESTAÇÃO

A interrupção voluntária da gestação é uma questão de saúde pública, sendo garantida em lei no Brasil em três circunstâncias: 1) Quando a gravidez representa risco de vida para a pessoa gestante; 2) Quando o feto é anencéfalo; e 3) Quando a gravidez é resultado de um estupro (Código Penal, Decreto-Lei n.º 2.848/1940, Art. 128). É importante ressaltar que qualquer gestante menor de 14 anos, ou que possuía menos de 14 anos na época da concepção, tem direito ao abortamento legal, sendo o caso enquadrado como estupro de vulnerável (Lei n.º 12.015, de 7 de agosto 2009, Art. 217-A). Não há limite de tempo de idade gestacional específico estabelecido pelo Código Penal para a realização do procedimento.

### **ATENÇÃO!**

**Não é necessário boletim de ocorrência policial ou laudo pericial para ter direito à interrupção da gestação em caso de estupro. A pessoa gestante com direito à interrupção legal da gestação pode procurar diretamente a maternidade por demanda espontânea ou por meio de encaminhamento pela APS.**

Para todas as pessoas gestantes com direito ao aborto legal, é importante o acolhimento e o atendimento com privacidade e sem juízo de valor, tendo em vista que as circunstâncias que levam ao direito à interrupção legal da gestação, por si só, frequentemente impactam a saúde mental.

Em algumas indicações de aborto legal, APS deverá orientar a gestante a levar documentos específicos para agilizar o atendimento na maternidade, como na interrupção legal devido ao risco de vida à pessoa gestante, onde se faz necessário laudo de um especialista da patologia da qual se solicita o risco que motiva a interrupção. Para os casos de feto com anencefalia, é necessário exame de ultrassonografia com laudo assinado por dois médicos diferentes. Para a gestante que relata que a gravidez resultou de violência sexual e crianças e adolescentes gestantes com menos de 14 anos no momento da concepção, atendidas previamente pela APS, encaminhar com guia de referencia e contrarreferência.

### Como encaminhar uma pessoa para realização de Aborto Legal:

Gestante com direito à interrupção legal da gestação:

1. Situações em que a gestação ou o parto representam risco de vida à pessoa gestante. P.ex.: gestante com cardiopatias graves;
2. Feto com anencefalia identificada ao ultrassom;
3. Gestante que relata que a gravidez resultou de violência sexual;
4. Crianças e adolescentes gestantes com menos de 14 anos no momento da concepção.



Orientar sobre a possibilidade de interrupção da gestação. Havendo o desejo de realizar a interrupção da gestação, contatar o responsável pela Linha de Cuidado de Saúde da Mulher da CAP, que deverá agendar atendimento na maternidade de referência, onde serão realizados o acolhimento, avaliações e os exames necessários. Nos casos de violência sexual precisando de auxílio no manejo, contatar o Grupo Articulador Regional (GAR) da CAP. Caso essa violência seja contra crianças e adolescentes, deve também ser acionado o Conselho Tutelar. Em todos os casos de violência suspeita ou confirmada, a Ficha de Notificação de Violência deve ser preenchida.

Acesse a Ficha de Notificação de Violência Interpessoal/Autoprovoçada do SINAN (documento disponível no QR code ao lado).



## PARTE 2: QUANDO HÁ DESEJO DE GESTAR

### CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL

A orientação pré-concepcional tem como objetivo a identificação e o controle de fatores de risco e condições de saúde que possam contribuir para desfechos gestacionais negativos, além da promoção de cuidados e hábitos de vida saudáveis à pessoa que deseja gestar e sua parceria.

#### ELEMENTOS-CHAVE DA ANAMNESE

- Abordar sentimentos, ideias, funcionalidades e expectativas em relação à gestação. Buscar compreender o contexto da pessoa e da família, identificando rede de apoio e vulnerabilidades. Investigar riscos ocupacionais e situações de violência doméstica (o risco de agressões aumenta durante a gravidez).
- Indagar sobre história ginecológica e obstétrica prévia, com ênfase na história de parto prematuro, abortamentos tardios ou recorrentes (> 2), natimorto, malformações, infertilidade e na experiência de parto e de aleitamento. Investigar história pessoal e familiar (parentes de primeiro grau) de eclâmpsia e pré-eclâmpsia. Atentar para a recomendação de intervalo mínimo de dois anos entre gestações com nascidos vivos.
- Perguntar sobre história atual e prévia de doenças e condições de saúde, como hipertensão arterial, diabetes mellitus, anemia, tireoidopatias, condições psiquiátricas e doenças infectocontagiosas. Avaliar queixas e sintomas que possam apontar para condições ainda não diagnosticadas, como tuberculose.
- Questionar sobre o uso de medicações. Atentar especialmente para neuro/psicofármacos.
- Abordar o estilo de vida, a alimentação e a prática de atividade física. Indagar sobre o uso de tabaco, álcool e outras drogas.

## ELEMENTOS-CHAVE DO EXAME FÍSICO

Aferir pressão arterial, peso, altura e calcular IMC. O restante do exame físico, inclusive ginecológico, deve ser direcionado às queixas e história clínica. Tanto o baixo peso como o sobrepeso se relacionam com a redução da fertilidade e piores desfechos obstétricos. Atentar para desnutrição, transtornos alimentares, hábitos alimentares e alterações do peso secundárias a doenças de base. Sempre que necessário, compartilhar cuidado com a equipe eMulti.

## INTERVENÇÕES E CONDUTAS

### ■ Exames recomendados:

- Tipagem sanguínea com fator Rh;
- Eritrograma;
- Eletroforese de hemoglobina;
- Glicemia de jejum;
- Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG);
- Testes rápidos para HIV, sífilis (em caso de tratamento prévio, solicitar VDRL) e hepatites B e C;
- Quando indicado, oportunizar exame citopatológico do colo uterino.

■ **Suplementação de ácido fólico:** Iniciar, pelo menos, um mês antes da concepção, mantendo até completar 12 semanas de gestação. A dose mínima recomendada para a população geral é 0,4mg/dia, porém quando há fator de risco para doença do tubo neural (DTN) são recomendadas doses mais altas de até 5mg. Alguns fatores de risco são: diabetes, doença falciforme, uso de carbamazepina e história prévia ou familiar de DTN. Apresentação disponível na rede municipal: ácido fólico 5mg. Posologia: 1 comprimido/dia.

■ **Prescrição e condições de base:** Manejar e controlar condições de saúde, idealmente antes da concepção. Realizar ajustes ou substituições de medicamentos, quando necessário, pensando em uma prescrição com menor risco teratogênico possível.

- **Vacinas:** Atualizar a caderneta vacinal conforme recomendado para a faixa etária. Caso haja indicação de imunizante de vírus vivo atenuado (p.ex.: tríplice viral, febre amarela), é recomendado aguardar 30 dias após a aplicação da última dose antes de iniciar as tentativas de engravidar.
- **Estilo de vida:** Estimular hábitos de vida saudáveis, prática de atividade física e cessação de tabagismo, álcool e outras drogas. Em caso de pessoas soronegativas para toxoplasmose, atentar para cuidados de higiene e de alimentação mais rigorosos. Vegetarianas ou com outras restrições alimentares devem ter cuidado compartilhado com a equipe de nutrição. Objetivar um IMC próximo da faixa adequada, até 15% acima ou abaixo.
- **Abordagem da parceria — solicitar:**
  - Tipagem sanguínea com fator Rh;
  - Eletroforese de hemoglobina;
  - Testes rápidos para HIV, sífilis (em caso de tratamento prévio, solicitar VDRL) e hepatites B e C;
  - Orientar atualização do cartão vacinal; estimular hábitos de vida saudáveis e cessação de tabagismo, álcool e outras drogas. Perguntar sobre história de infertilidade ou doenças congênitas na família ou pessoal em gestações prévias.

## ORIENTAÇÕES RELEVANTES À PESSOA/CASAL

- **Período fértil:** Ensinar a calcular o período ovulatório do ciclo (orientar o registro sistemático das datas das menstruações) — ver a seção “Tabelinha” (página 115). A chance de gravidez é maior quando há prática de atividade sexual pelo menos três vezes por semana durante o período fértil.
- **Teste de gravidez:** Orientar aguardar sete dias de atraso menstrual para a realização de Teste Imunológico para Gravidez (TIG). É frequente haver grande desejo e ansiedade para a gestação, de modo que é importante o acolhimento quando o resultado negativo provoca frustração.
- **Início do pré-natal:** Uma vez confirmada a gestação, o pré-natal deve ter início imediato, idealmente antes da 12ª semana de gestação.

## MANEJO DE ALGUMAS CONDIÇÕES PREVALENTES

- **Pessoas vivendo com HIV:** Objetiva-se a recuperação dos níveis de CD4 e a supressão da carga viral (CV) para nível indetectável. Após CV-HIV indetectável por seis meses, em uso da TARV, não ocorre mais a transmissão por via sexual (indetectável = risco zero de transmissão), e o risco de transmissão vertical é baixíssimo, consistindo no melhor momento para a concepção. Casais sorodiscordantes também podem fazer uso de estratégias como a PrEP ou a autoinseminação. Casais soroconcordantes em uso de TARV e com CV-HIV indetectável podem realizar a concepção natural.
- **Diabetes mellitus (DM):** O mau controle glicêmico está associado a aumento da incidência de malformações e de complicações como macrossomia. É fundamental o controle glicêmico prévio à concepção, com meta de HbA1c < 6,5%, sempre que possível. Em geral, a metformina pode ser mantida, porém recomenda-se a troca das demais medicações orais pela insulina, uma vez que é a droga mais segura na gestação.
- **Hipertensão arterial sistêmica (HAS):** Almejar controle pressórico < 140x90mmHg. Suspender medicamentos do tipo IECA ou BRA e atenolol, com preferência para o uso de metildopa ou nifedipino.

### ATENÇÃO!

Tanto na DM quanto na HAS, solicitar exames de rotina e rastrear lesão de órgão-alvo; estimular cuidados de estilo de vida e manejo de sobrepeso; suspender estatinas; e, sempre que necessário, compartilhar cuidado com a equipe eMulti. Durante a gestação, está indicada a profilaxia para pré-eclâmpsia com AAS e cálcio a partir de 12 semanas. Apresentação disponível na rede municipal: 1) AAS 100mg — posologia: 1 comprimido/dia; 2) Carbonato de cálcio 1250mg (500mg de cálcio) — posologia: 3 comprimidos/dia, sendo 1 em cada refeição.

Saiba mais sobre o manejo dessas condições na gestação no Guia Rápido — Pré-Natal (documento disponível no QR code ao lado).



## POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

- **Gestantes com 35 anos ou mais:** É importante orientar que, ao longo dos anos, há redução da fertilidade e aumento do risco de algumas condições, como síndrome de Down, malformações, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, entre outras. Nessa população, os cuidados de estilo de vida e o monitoramento pressórico e glicêmico são particularmente importantes.
- **Adolescentes:** Ao acolher adolescente que deseja gestar, é fundamental uma postura sem julgamento moral, buscando compreender os motivos por trás dessa vontade e o que representa a ideia da gravidez e de ter filhos para aquela pessoa, dentro do seu contexto cultural, étnico e religioso. Pode ser interessante realizar abordagem da parceria e da família, no sentido de compreender esse contexto e investigar se há rede de apoio adequada. A gestação na adolescência tem piores desfechos materno-fetais, como maior risco de pré-eclâmpsia, parto prematuro e restrição do crescimento fetal. Além disso, mães adolescentes estão mais vulneráveis e suscetíveis ao abandono dos estudos, a viver em situação de pobreza e à violência doméstica. Dividir essas informações com a pessoa, a parceria e a família faz parte do aconselhamento em saúde. Se, mesmo assim, o desejo de gestar for sustentado, é fundamental o acompanhamento cuidadoso pela equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). É importante ressaltar que a lei brasileira determina que a idade mínima para consentimento sexual é 14 anos.
- **População LGBTQIAPN+:** Algumas pessoas e famílias LGBTQIAPN+ podem desejar e serem capazes de gestar. Outras podem optar pela adoção. Não se deve assumir as práticas sexuais de uma pessoa com base na sua aparência ou identidade sexual. É necessário dialogar, de forma aberta e acolhedora, com a pessoa e parceria (se houver), para proporcionar um atendimento digno e de qualidade.
  - Parcerias entre pessoas com útero (mulheres cisgênero lésbicas ou bissexuais, homens trans) que desejam gestar podem realizar reprodução assistida, como inseminação artificial (IA) ou fertilização *in vitro* (FIV) com esperma doado. A rede SUS, contudo, atualmente não oferece esse serviço, o que leva algumas pessoas a buscarem métodos alternativos, como a “inseminação caseira”. Quando o doador do esperma for conhecido, estão recomendados os cuidados descritos no item “Abordagem da Parceria” (página 14). A autoinseminação envolve a coleta imediata do sêmen ejaculado diretamente em pote limpo ou preservativo sem espermicida, seguida de introdução na vagina utilizando seringa sem agulha. É importante alertar os riscos do uso de esperma clandestino, quando o doador é desconhecido, principalmente pelo risco de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs).

- Homens trans e pessoas transmasculinas que desejam gestar e que fazem uso de testosterona devem ser orientados a suspender a hormonização, uma vez que durante o uso há redução parcial da fertilidade, e principalmente devido ao risco de malformações fetais.
- Mulheres trans, travestis e pessoas transfemininas devem ser informadas que o uso do estrógeno e antiandrógenos reduz a qualidade e concentração de espermatozoides no sêmen. A interrupção da hormonização, em alguns casos, pode não reverter completamente essas mudanças.

**OBSERVAÇÃO:** Mesmo quando se opta pela adoção, é recomendada a atualização do cartão vacinal e o estímulo à cessação do tabagismo (neste caso, prevenindo o tabagismo passivo da criança).

## ABORDAGEM DO CASAL INFÉRTIL<sup>1</sup>

Infertilidade é definida como a incapacidade de um casal gestar após um ano de relações sexuais regulares sem uso de contraceptivo. Quando há diagnóstico prévio de alguma causa definida para infertilidade, ou quando a idade da mulher é > 35 anos, considera-se o tempo de tentativa de seis meses. Já no primeiro atendimento de casal com quadro de infertilidade, checar se já foram instituídas as medidas pré-concepcionais (suplementação de ácido fólico, rastreios sorológicos, atualização vacinal etc.) e a adesão aos cuidados de estilo de vida — ver a seção “Consulta Pré-Concepcional” (página 12).

### ETIOLOGIA (para fins de investigação, dividem-se as causas de infertilidade nos grupos a seguir)

- Fatores tuboperitoneais:
  - Sequelas de doença inflamatória pélvica (DIP);
  - Endometriose;
  - Malformações uterinas.

---

<sup>1</sup> Para facilitar a compreensão, esta seção usará os termos “mulher” e “homem” para orientar a investigação de infertilidade em casais cisgênero heterossexuais, contudo as orientações podem e devem ser adaptadas para o cuidado de sujeitos e famílias em toda a sua diversidade sexual.

- Fatores hormonais:
  - Distúrbios na ovulação;
  - Síndrome dos ovários policísticos (SOP);
  - Transtornos de hormônios tireoidianos ou de prolactina, entre outros transtornos hormonais.
- Fatores masculinos: alterações quantitativas ou qualitativas dos espermatozoides;
- Fatores desconhecidos: sem causa identificada na investigação.

## ELEMENTOS-CHAVE DA ANAMNESE

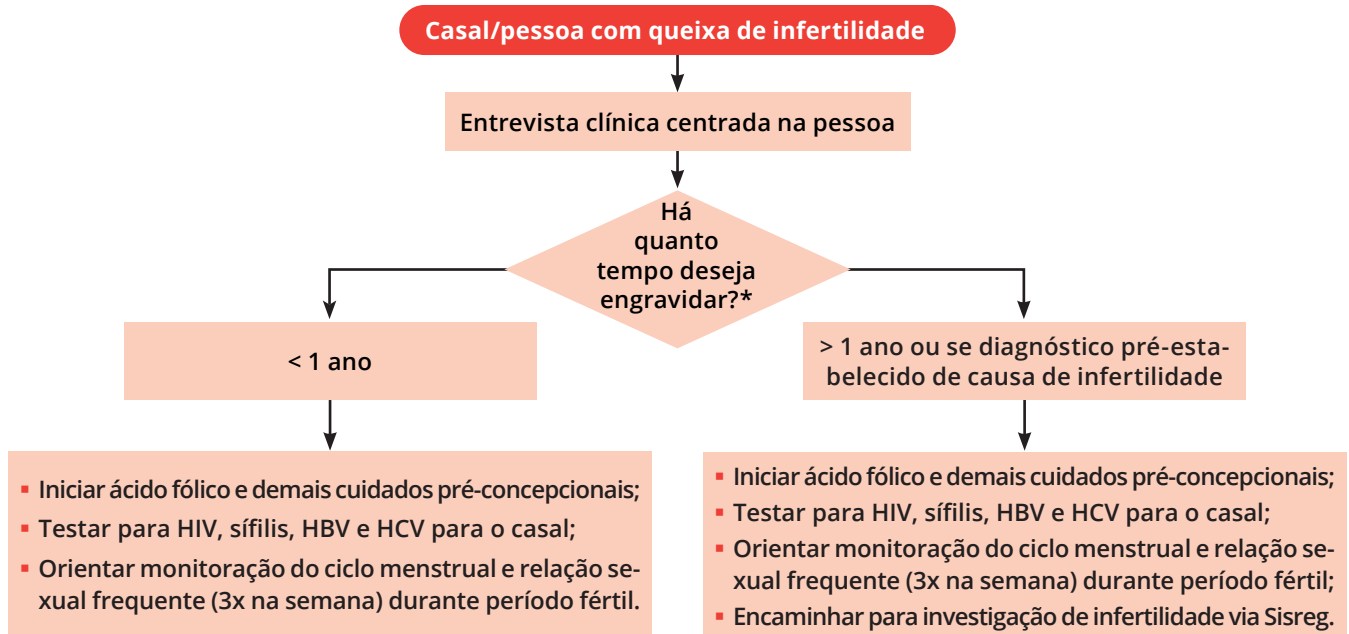
- **Casal:** História atual e pregressa de doenças, cirurgias, medicamentos, uso de álcool, tabaco e outras drogas. História reprodutiva prévia, uso de contraceptivos, frequência de relações sexuais, práticas sexuais realizadas e hábitos como o uso de lubrificantes, de espermicidas ou ducha pós-coito. Exposição ocupacional à radiação, toxinas e calor. História familiar de infertilidade.
- **Mulher:** Idade, história menstrual (menarca, características do ciclo menstrual, história de amenorreia), história obstétrica, relato de ISTs ou de sinais sugestivos, história familiar de menopausa precoce.
- **Homem:** Presença de disfunção erétil/ejaculatória, história de trauma pélvico ou cefálico, de caxumba, ISTs, hidrocele e varicocele, uso prévio de anabolizantes.

## ELEMENTOS-CHAVE DO EXAME FÍSICO

- **Casal:** Sinais vitais, IMC, investigar presença de caracteres sexuais secundários, inspeção e palpação de tireoide.
- **Mulher:** Investigar presença de acantose nigricans e sinais de hiperandrogenismo, como acne e hirsutismo. No exame especular e palpação bimanual, buscar sinais de ISTs ou de tumorações uterinas/anexiais. Coletar o exame colpocitológico, quando indicado.

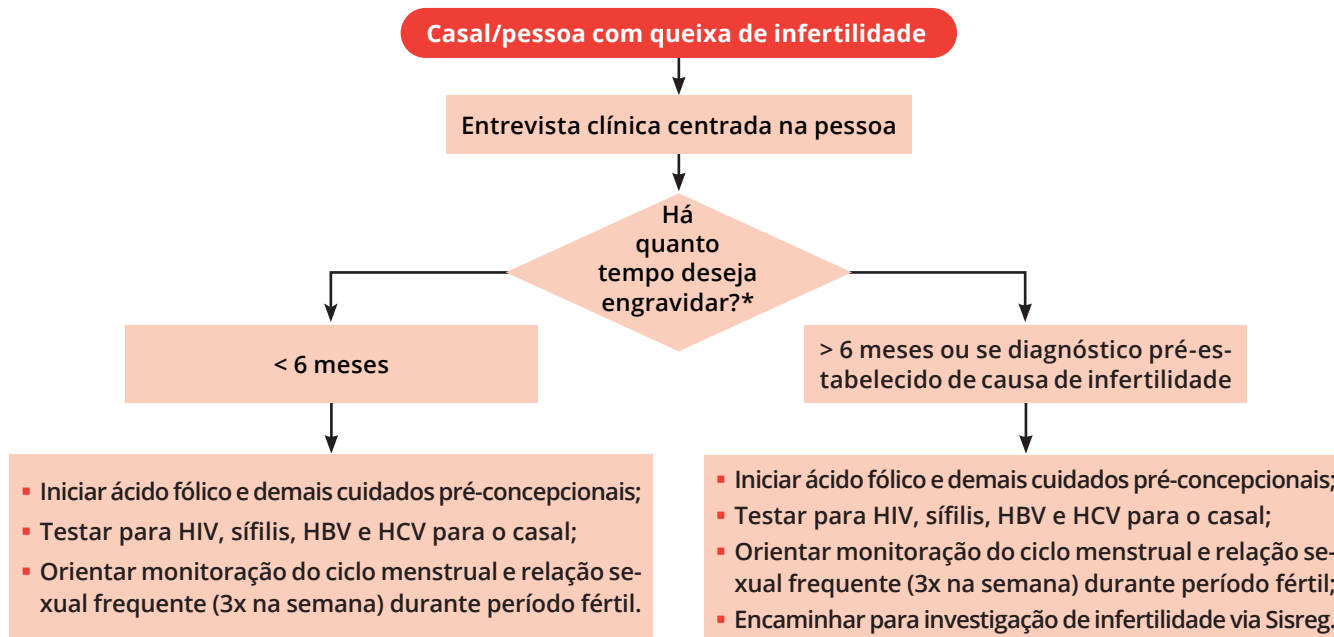
- **Homem:** Investigar presença de ginecomastia, de hérnia inguinal, testículos fora da bolsa escrotal, hidrocele ou grandes varicoceles. Observar se há secreção uretral ou outros sinais de ISTs.

**Figura 1. Infertilidade — fluxograma do primeiro atendimento para mulheres com menos de 35 anos.**



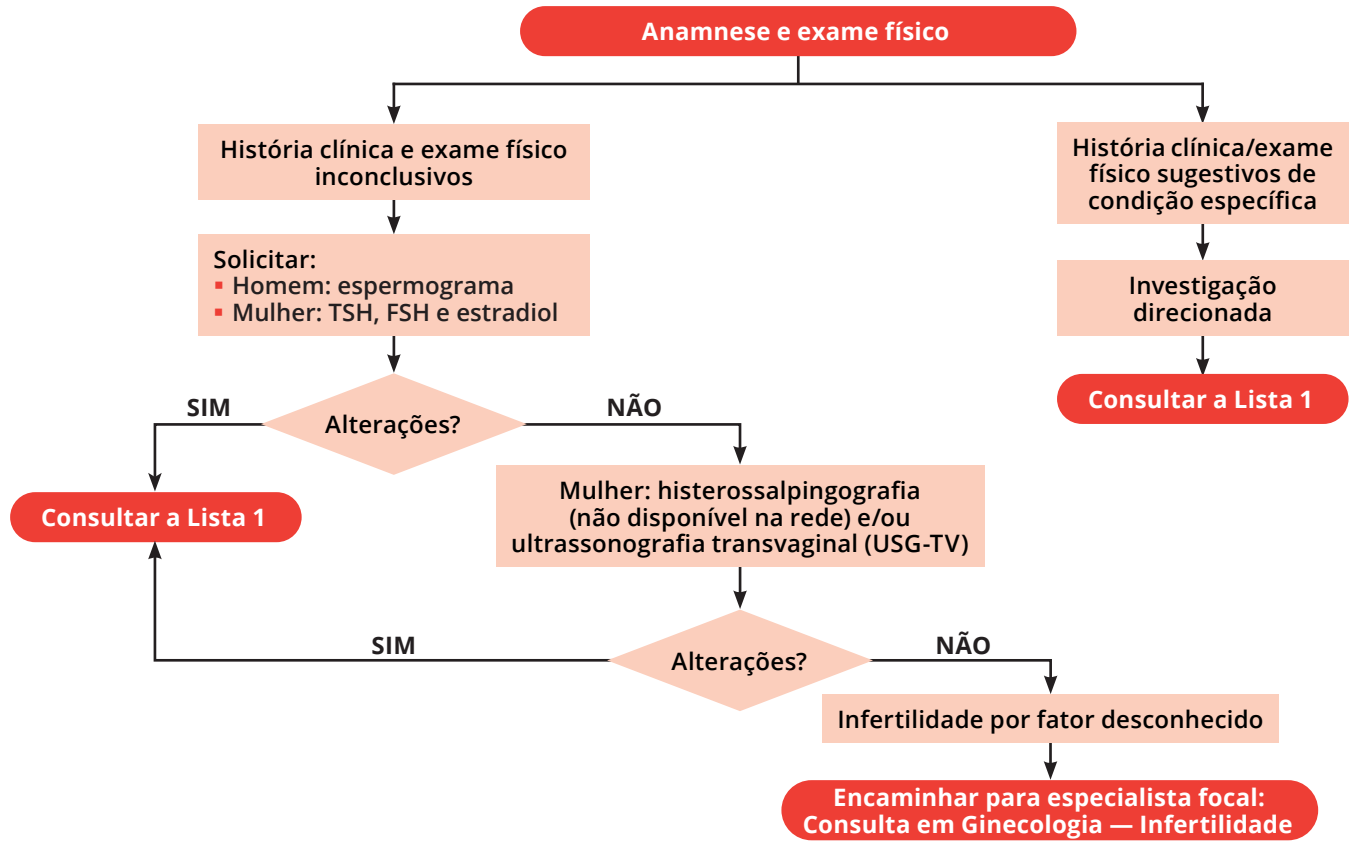
\*Relações regulares sem o uso de contraceptivo. Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher.

Figura 2. Infertilidade — fluxograma do primeiro atendimento para mulheres com mais de 35 anos.



\*Relações regulares sem o uso de contraceptivo. Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher.

Figura 3. Infertilidade — fluxograma da investigação.



Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher.

## LISTA 1: INFERTILIDADE — MANEJO DE SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

### **Ciclos menstruais irregulares/amenorreia secundária → Suspeitar de infertilidade por fatores hormonais**

- Solicitar TSH, prolactina, FSH e estradiol (no terceiro ao quinto dia do ciclo, ou em qualquer dia em caso de amenorreia).
- Pesquisar manifestações sugestivas de causas específicas:
  - Uso recente de contraceptivo injetável trimestral (medroxiprogesterona) → pode ocorrer amenorreia ou irregularidade secundária ao uso de contraceptivo hormonal até um ano após a interrupção do método — conduta expectante;
  - Estresse situacional, exercícios físicos intensos, perda de peso, dieta excessiva, desnutrição → amenorreia hipotalâmica — manejar condição de base.
  - Hiperandrogenismo (acne, hirsutismo, calvície de padrão masculino), acantose nigricans → investigar síndrome dos ovários policísticos — ver a seguir.
  - Fadiga, intolerância ao frio, constipação, pele seca, depressão, queda de cabelo → hipotireoidismo — ver a seguir.
  - Galactorreia → hiperprolactinemia — ver a seguir.
  - Sintomas de hipoestrogenismo (fogachos, perda da lubrificação vaginal) → falência ovariana/menopausa — ver a seguir.

### **Hiperandrogenismo + oligomenorreia → Suspeitar de síndrome dos ovários policísticos (SOP)**

- Solicitar TSH, prolactina, FSH, testosterona total, 17-hidroxiprogesterona (para descartar hiperplasia adrenal congênita), e considerar solicitar USG-TV. Confirmada SOP, iniciar metformina, estimular cuidados de estilo de vida (atividade física e alimentação) e encaminhar para especialista focal (“Consulta em Ginecologia — Infertilidade” no SISREG).

**OBSERVAÇÃO:** Nem todas as mulheres com possível SOP são submetidas à ultrassonografia. Se a paciente apresentar oligomenorreia e evidências de hiperandrogenismo, e outras causas além da SOP tiverem sido descartadas, ela atenderá aos critérios para o diagnóstico de SOP, e não será necessária uma ultrassonografia.

### **TSH alterado → Suspeitar de hipotireoidismo (↑TSH) ou hipertireoidismo (↓TSH)**

- Solicitar T4 Livre e seguir manejo de acordo com diagnóstico estabelecido.

### **Prolactina elevada > 40ng/mL → Hiperprolactinemia**

- Pesquisar causas comuns: aleitamento, hipotireoidismo, uso de medicamentos que elevam prolactina (antipsicóticos, antidepressivos, metoclopramida, opiáceos), uso de cocaína. Descartadas as causas comuns, encaminhar para especialista focal (“Consulta em Ginecologia — Infertilidade” e/ou “Consulta em Endocrinologia — Hipofise/Adrenal” no SISREG).

### **Sintomas de hipoestrogenismo ou alterações do FSH/estradiol → Sugere hipofunção ovariana**

- Solicitar dosagem de FSH e do estradiol no terceiro ao quinto dia do ciclo menstrual, para avaliar a função ovariana. Em contexto de amenorreia, dosa-se o FSH em dia aleatório, para confirmar menopausa.
  - FSH < 10mUI + estradiol < 80pg/mL → reserva ovariana adequada (se ciclos regulares) ou disfunção hipotalâmica/hipofisária (se ciclos irregulares ou amenorreia);
  - FSH entre 10 e 15mUI → valor limítrofe, inconclusivo;
  - FSH entre 15 e 40mUI ou FSH < 10mUI + estradiol > 80pg/mL → baixa reserva ovariana;
  - FSH > 40mUI → menopausa (se idade < 40 anos = menopausa precoce).
- Quando diagnosticada baixa reserva ovariana, acolher e orientar que raramente ocorre gestação sem reprodução assistida (FIV) com doação de óvulo ou embrião, e que esses procedimentos não estão disponibilizados pelo SUS.

- Se identificada menopausa, orientar diagnóstico e adotar postura acolhedora. Abordar opção de adoção.
- Nos casos de menopausa precoce, encaminhar para especialista focal (“Ginecologia — Endocrinologia”), para investigação.

### **Amenorreia primária ou ausência de caracteres sexuais secundários**

- Ausência de história de menstruação aos 16 anos ou ausência de caracteres sexuais secundários (telarca e pubarca) aos 14 anos indica necessidade de investigação para amenorreia primária. As causas podem ser as mesmas que as da amenorreia secundária, no entanto, a etiologia também pode estar relacionada a distúrbios genéticos ou anatômicos. Encaminhar para especialista focal (“Ginecologia — Endocrinologia” ou “Endocrinologia — Pediátrica”, se menor de 16 anos). Quando necessário, encaminhar via SER para “Genética Médica”.

### **Alterações na USG-TV ou histerossalpingografia → Suspeitar de fatores tuboperitoneais**

- O USG-TV tem o propósito de avaliar tamanho e forma de útero e anexos — avaliar criticamente alterações descritas, já que nem toda anormalidade estará relacionada ao quadro de infertilidade. Devem ser valorizadas: malformações uterinas, miomas submucosos ou com componente intracavitário, pólipos uterinos, sinais de sequelas de DIP (como hidrossalpinge) e cistos ovarianos associados a sintomas de SOP ou com sinais de alarme (cistos complexos ou > 10cm). Já a histerossalpingografia é um exame radiológico contrastado para avaliar a permeabilidade tubária e da cavidade uterina. Quando os achados forem sugestivos de endometriose, encaminhar para especialista focal (“Ginecologia — Endometriose”). Em caso de pólipos uterinos, sinéquias, aderências ou obstruções tubárias, solicitar histeroscopia cirúrgica. Demais alterações com indicações cirúrgicas, encaminhar para especialista focal (“Ginecologia Cirúrgica”).

### **Varicocele**

- Quadros de varicocele com diagnóstico clínico (dilatação de veias palpáveis ou visíveis ao exame físico, não somente ao exame de imagem) e evidência de alteração de espermograma têm indicação de tratamento cirúrgico. Nesses casos, encaminhar para especialista focal (“Consulta em Urologia — Cirúrgica”).

## **Alterações no espermograma → Sugere infertilidade por fatores masculinos**

- O espermograma deve ser realizado após sete dias de abstinência ejaculatória. Em caso de resultado alterado, repetir após um mês. Mantida a alteração, solicitar testosterona livre, FSH, LH e encaminhar para especialista focal (“Consulta em Urologia — Infertilidade” ou “Endocrinologia — Andrologia”).

## **Sinais ou sintomas sugestivos de infecções sexualmente transmissíveis (IST)**

- Em nosso meio, ISTs são uma das principais causas de infertilidade. Infecções por clamídia e gonorreia, mesmo que assintomáticas, podem gerar quadros de DIP com obstrução tubária, ou de epididimite com azoospermia obstrutiva. Casos de ISTs devem ser manejados de acordo com protocolos clínicos vigentes, atentando para tratamento precoce e estímulo à prevenção.

## **PERDA GESTACIONAL RECORRENTE**

Abortamentos esporádicos são comuns, podendo ocorrer em até 25% das gestações, em sua maioria relacionados a anormalidades genéticas. A incidência de abortamento aumenta consideravelmente com a idade materna, principalmente após os 35 anos. O termo Perda Gestacional Recorrente (PGR) é definido, tradicionalmente, como a perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações, contudo algumas sociedades recomendam a investigação a partir de duas perdas de gestações confirmadas, sejam elas sequenciais ou não. Até 50% dos casos de PGR não terão etiologia definida, porém o prognóstico em geral é favorável. Já no primeiro atendimento de pessoa/casal com história de PGR, checar se já foram instituídas as medidas pré-concepcionais (suplementação de ácido fólico, rastreios sorológicos, atualização vacinal etc.) e adesão aos cuidados de estilo de vida — ver seção “Consulta Pré-Concepcional” (página 12).

O acolhimento cuidadoso e o apoio psicológico são fundamentais, podendo, inclusive, contribuir para desfechos positivos. É importante atentar que a crise vital pode ter repercussões na vida pessoal, conjugal e social, associadas ao estigma social intrínseco às questões de gênero e aos papéis da maternidade (dispositivo materno) e da paternidade como sucesso na vida familiar.

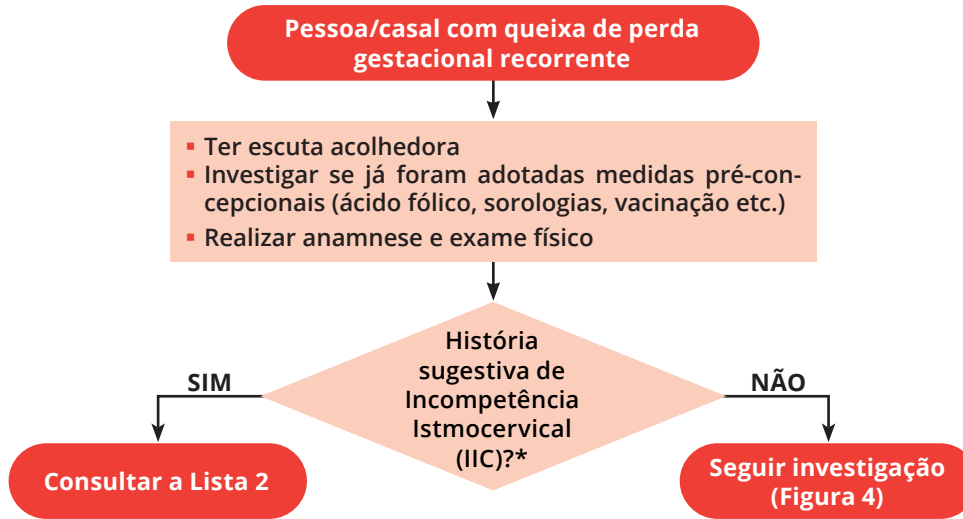
## ELEMENTOS-CHAVE DA ANAMNESE

- Idade, história atual e pregressa de doenças, internações e uso de medicamentos; história reprodutiva prévia, atentando para o relato das perdas gestacionais (como foi confirmada a gestação, em que idade gestacional ocorreu a perda, história de feto natimorto etc.), assim como história de outras gestações com intercorrências ou complicações (parto prematuro, pré-eclâmpsia/eclâmpsia, insuficiência placentária etc.); história pessoal e familiar de eventos tromboembólicos.
- Casal: uso de álcool, tabaco e outras drogas, consumo de cafeína; história de consanguinidade com a parceria; história familiar de cromossomopatias e outras condições genéticas.

## ELEMENTOS-CHAVE DO EXAME FÍSICO

- Aferir sinais vitais; e calcular IMC.
- Realizar exame ginecológico (especular e toque bimanual); e coletar o exame colpocitológico, quando indicado.

Figura 4. PGR — fluxograma do primeiro atendimento.

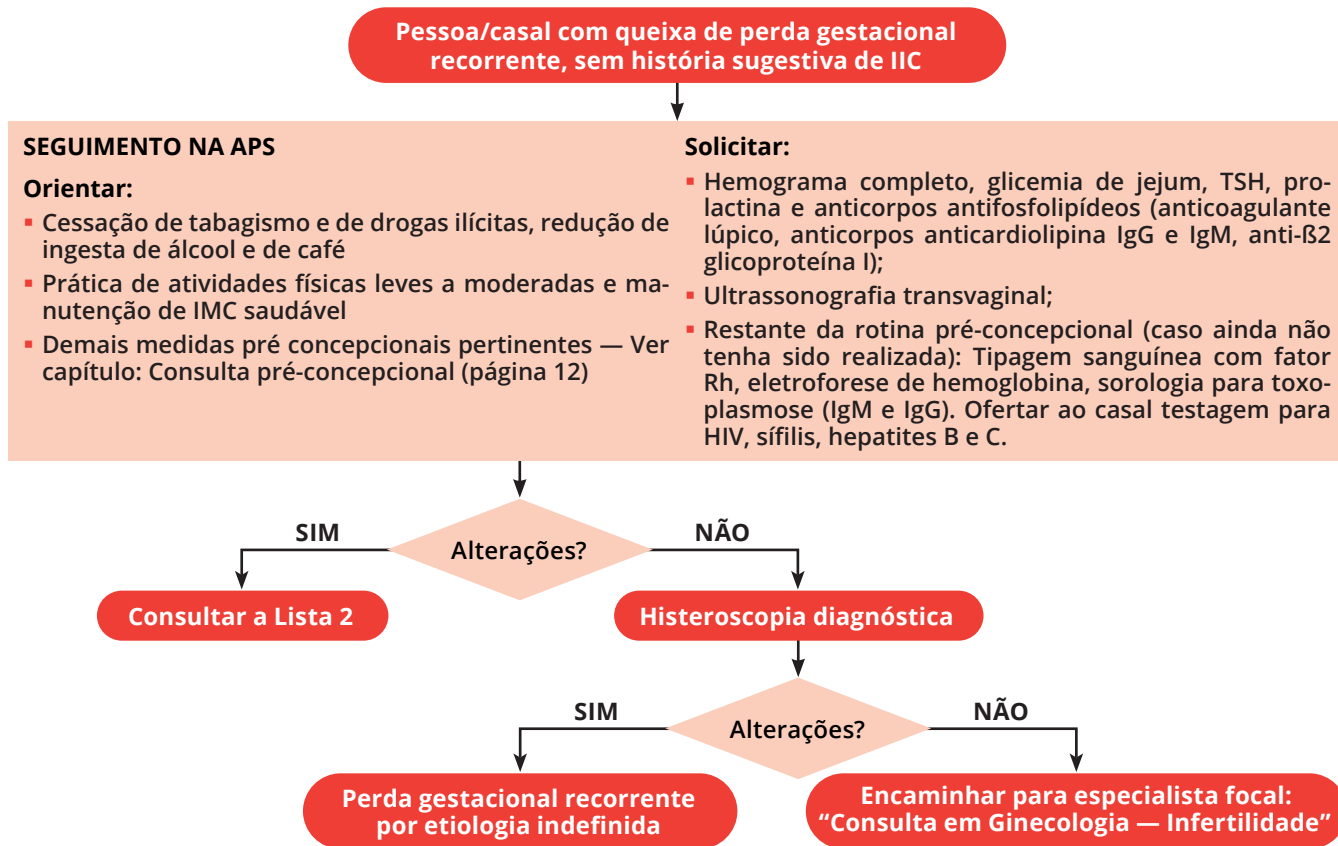


\* $\geq 2$  perdas gestacionais de segundo trimestre ou parto prematuro extremo (< 28 semanas), associados a sintomas mínimos (dor leve, conteúdo vagina rosado) ou sem sintomas. Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher.

Para saber mais sobre abordagem centrada na pessoa, acesse o vídeo disponível no QR code ao lado.



Figura 5. PGR — fluxograma de seguimento da investigação.



## LISTA 2: INFERTILIDADE — MANEJO DE SITUAÇÕES ESPECÍFICAS

### **Duas ou mais perdas no segundo trimestre, ou parto prematuro extremo (< 28 semanas) com sintomas mínimos ou sem sintomas → Suspeitar de Incompetência Istmocervical (IIC)**

- A IIC ocorre pela dilatação indolor e recorrente do colo uterino, podendo ser secundária a procedimentos cirúrgicos, como dilatação, curetagem ou conização, ou por causas idiopáticas. A dilatação cervical acontece na ausência de contrações e os sintomas são ausentes ou mínimos, como dor leve em baixo ventre, sensação de peso, ou conteúdo vaginal rosado. O tempo entre o início dos sintomas e o parto costuma ser curto, e o feto, em geral, chega vivo ao hospital.
- A conduta diante de história clínica sugestiva de IIC é o encaminhamento para procedimento de cerclagem uterina após o diagnóstico de nova gestação. Idealmente, deve ser realizado encaminhamento precoce de gestantes antes das 12 semanas, via SISREG, para “Consulta em Obstetrícia — Alto Risco Geral”. Caso a idade gestacional já esteja entre 12 e 16 semanas, deve ser realizado encaminhamento via Vaga Zero para emergência obstétrica e realização de cerclagem de urgência.

### **Glicemia de jejum $\geq$ 126mg/dL → Suspeitar de Diabetes Mellitus**

- O diabetes mal controlado está relacionado a quadros de PGR. Dessa forma, diante de glicemia de jejum alterada, repetir teste ou solicitar HbA1c. Caso o diagnóstico seja confirmado, iniciar tratamento com metformina ou insulina, objetivando HbA1c < 6,5% se possível. O diabetes controlado não está relacionado à PGR.

### **TSH alterado → Suspeitar de hipotireoidismo ( $\uparrow$ TSH) ou hipertireoidismo ( $\downarrow$ TSH)**

- Solicitar T4 Livre e seguir manejo de acordo com diagnóstico estabelecido.

### **Prolactina elevada > 40ng/mL → Hiperprolactinemia**

- Pesquisar causas comuns: aleitamento, hipotireoidismo, uso de medicamentos que elevam prolactina (antipsicóticos, antidepressivos, metoclopramida, opiáceos), uso de cocaína. Descartadas as causas comuns, encaminhar para especialista focal (“Ginecologia — Endocrinologia” ou “Endocrinologia — Hipófise/Adrenal”).

## **Anticorpos antifosfolipídeos elevados → Suspeitar de Síndrome do Anticorpo Antifosfolipídeo (SAF)**

- A SAF é uma trombofilia adquirida de etiologia autoimune, associada à morbidade gestacional e a eventos tromboembólicos arteriais, venosos e de pequenos vasos. Deve ser suspeitada diante da história de eventos tromboembólicos e/ou de desfechos obstétricos, como morte fetal a partir de 10 semanas de IG, parto prematuro (< 34 semanas) causado por eclâmpsia/pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária, ou de três ou mais PGR consecutivas com menos de 10 semanas de IG.
- Diagnóstico prévio de doença autoimune, principalmente Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES), é fator de risco para SAF. Para ser valorizada, a elevação dos anticorpos pesquisados deve ser sustentada e significativa (anticardiolipina, OU anti-beta2-glicoproteína I — não disponível no laboratório conveniado — em títulos acima de 40, OU anticoagulante lúpico positivo). Após um resultado alterado, repetir em 12 semanas, para afastar a possibilidade de falso positivo. Mantendo-se a elevação significativa de qualquer um dos anticorpos, encaminhar para especialista focal (“Consulta em Reumatologia”).

## **Alterações na USG-TV ou histeroscopia → Suspeitar de causas anatômicas**

- Alterações observadas ao exame de USG-TV ou histeroscopia devem ser avaliadas criticamente, já que nem toda anormalidade estará relacionada ao quadro da PGR. As principais condições consideradas relevantes nesses casos são as malformações uterinas, sinéquias e leiomiomas volumosos. Malformações, como útero septado ou bicornio, costumam requerer complementação de imagem com ressonância magnética de pelve. Recomenda-se que septos e sinéquias uterinas identificados na histeroscopia diagnóstica sejam ressecados via encaminhamento para histeroscopia cirúrgica. Demais malformações devem ser avaliadas por especialista focal (“Ginecologia Cirúrgica”), uma vez que a correção cirúrgica nem sempre é indicada.
- A associação entre miomas e PGR não é clara, sendo recomendada a remoção apenas em caso de miomas volumosos que distorçam a cavidade uterina, ou miomas submucosos maiores que 4,5cm, porém o nível de evidência é baixo. Esses casos também devem ser encaminhados para ginecologia cirúrgica.

## Consanguinidade ou história familiar de cromossomopatias/outras condições genéticas → Suspeitar de causa genética

- Ainda que alterações cromossômicas sejam causa comum de perdas gestacionais esporádicas, considera-se que causas genéticas sejam responsáveis por uma minoria dos casos de PGR, devendo ser suspeitadas como diagnóstico de exclusão, em particular diante de fatores de risco, como em caso de consanguinidade entre o casal ou de história familiar positiva. Em caso de história suspeita, e afastadas demais causas, encaminhar a pessoa/o casal para avaliação e aconselhamento genético via SER para “Genética Médica”.

## PARTE 3: QUANDO NÃO HÁ DESEJO DE GESTAR

### INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem um papel fundamental na identificação de pessoas em idade reprodutiva que estão em risco de gestação indesejada ou não planejada. A avaliação do risco reprodutivo e a oferta de opções contraceptivas são medidas preventivas importantes para evitar complicações obstétricas e garantir a saúde e o bem-estar dessa população. Por isso, é essencial que as equipes de saúde estejam capacitadas e sensibilizadas para oferecer uma assistência integral e humanizada às pessoas que procuram os serviços de saúde para iniciar um método contraceptivo.

O acolhimento por parte das equipes de saúde é fundamental para garantir que a pessoa se sinta confortável e segura ao iniciar um contraceptivo. É importante que os profissionais respeitem a autonomia e as expectativas desse indivíduo, oferecendo informações claras e acessíveis sobre os métodos disponíveis e orientando sobre as possíveis consequências e efeitos colaterais.

Com objetivo de otimizar acesso, este guia adota a estratégia *Quick Start* (Início Rápido), uma abordagem para o início do uso de um contraceptivo que consiste em, sempre que possível, começar o método imediatamente, no mesmo dia da consulta, sem esperar pelo início do próximo ciclo menstrual. É uma estratégia promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e recomendada por diversas sociedades médicas. As vantagens dessa estratégia incluem a

prevenção imediata da gravidez e a redução do risco de abandono ou falha, uma vez que muitas pessoas podem não iniciar o método no momento ideal ou podem esquecer de tomar a primeira dose.

O acesso aos métodos contraceptivos é fundamental para garantir que as pessoas possam exercer sua autonomia reprodutiva e planejar a vida reprodutiva de acordo com suas escolhas e desejos, o que evita gestações não planejadas, reduz o risco de complicações obstétricas, proporciona uma vida sexual mais segura e saudável e promove a igualdade de gênero.

## TAREFAS E LACUNAS DO CUIDADO

### TAREFAS

- Abordar se há ou não necessidade por método contraceptivo a todas as pessoas em idade fértil, principalmente populações vulnerabilizadas, como adolescentes ou pessoas com comorbidades;
- Ofertar opções de contraceptivos, discutindo vantagens e desvantagens de cada método, efeitos colaterais e taxa de falha;
- Avaliar os critérios de elegibilidade e contraindicações aos métodos;
- Acolher sentimentos, ideias e expectativas da pessoa, apoiando a escolha do método pelo próprio sujeito do cuidado;
- Orientar sobre possibilidade de contracepção de emergência em caso de falha ou esquecimento do método de escolha;
- Estimular o uso de preservativo para a prevenção de ISTs e orientar sobre outras estratégias, como o uso de lubrificante, PEP, PrEP e testagem rotineira;
- Avaliar adesão, ocorrência de efeitos adversos, surgimento de contraindicações e desejo por troca de método contraceptivo nos contatos subsequentes da pessoa com o serviço de saúde.

**LACUNAS  
DO  
CUIDADO**

- Pessoas em idade fértil, sexualmente ativas, sem o uso de método contraceptivo e que não tiveram a necessidade ou vontade por contracepção abordada em consulta;
- Adolescentes sem abordagem a respeito do início da vida sexual e desejo por contracepção;
- Prescrição de métodos contraceptivos sem avaliação adequada da existência de contraindicações, principalmente para métodos combinados, como enxaqueca, tabagismo ou alto risco cardiovascular;
- Renovação de prescrição de contraceptivos sem que tenha sido avaliado o surgimento de condições que contraindicam determinados métodos;
- Negligenciar a participação masculina no planejamento reprodutivo e familiar, não ofertando preservativos ou vasectomia como opções contraceptivas;
- Procedimento de inserção do DIU sem registro do SIGTAP;
- Pacientes em uso de DIU ou esterilização como os métodos de escolha atuais sem registro dos respectivos CID no prontuário eletrônico.

## POPULAÇÕES ESPECÍFICAS

### ADOLESCÊNCIA

O atendimento a adolescentes deve respeitar os princípios de privacidade, confidencialidade, sigilo e autonomia. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) entende como adolescência o período compreendido entre os 12 e 18 anos. Nessa faixa etária, se assim desejar, o adolescente tem direito a ser atendido sem a presença de acompanhante, salvo quando não há capacidade de discernimento pelo menor, como em casos de déficit intelectual importante. A necessidade de quebra de sigilo ocorre quando há risco ao adolescente ou a terceiros, como situações de abuso sexual. Pela lei brasileira, a idade mínima para consentimento de relação sexual é 14 anos. Não se deve exigir a presença de um responsável para o atendimento de adolescente que demanda cuidado, inclusive com solicitação de método contraceptivo, pois essa obrigatoriedade fere o direito do mesmo de acesso à saúde.

Todo contato do adolescente no serviço de saúde deve ser encarado como uma oportunidade para a promoção de informações sobre saúde sexual. Alguns temas importantes são consentimento, prevenção de ISTs e opções de métodos contraceptivos. Todos os métodos reversíveis são considerados adequados para adolescentes, e os métodos LARC<sup>2</sup>, de forma geral, são a primeira linha. Contudo, assim como ocorre no atendimento de pessoas adultas, o melhor método é aquele escolhido pela/pelo adolescente, após orientação das opções, efeitos colaterais e levando-se em consideração suas contraindicações. Sempre que possível, preconiza-se a abordagem *Quick Start*, na qual o método contraceptivo é iniciado no mesmo dia da consulta, independentemente da fase do ciclo menstrual.

## CLIMATÉRIO

A idade, por si só, não é contraindicação ao uso de métodos específicos, porém com a progressão da idade as pessoas apresentam maior prevalência de condições de saúde como hipertensão arterial sistêmica ou tabagismo, que limitam ou contraindicam o uso de determinados métodos, em particular os métodos combinados. O uso de métodos hormonais, em particular os que provocam amenorreia, como o AIT e o DIU-LNG, podem mascarar o início da menopausa e dificultar a identificação do melhor momento para suspender o método. Ao mesmo tempo, na perimenopausa o risco de complicações na gestação é maior, de modo que a interrupção do uso de métodos contraceptivos deve ocorrer apenas quando há certeza do estado de menopausa, em geral 12 meses depois da última menstruação ou após confirmação laboratorial.

## PESSOAS TRANS EM HORMONIZAÇÃO

O uso de hormônios para modificação das características sexuais corporais pode reduzir a fertilidade do indivíduo, porém não necessariamente a suprime por completo. O uso de métodos contraceptivos, em particular por homens trans usuários de testosterona, deve ser orientado caso a pessoa tenha práticas sexuais passíveis de gerar gravidez, inclusive porque a gestação é contraindicação absoluta para o uso da testosterona. Essa informação deve ser reforçada aos usuários transmasculinos, uma vez que é frequente a crença equivocada de que a testosterona teria efeito contraceptivo ao provocar amenorreia, expondo o sujeito ao risco de gestação indesejada. Da mesma forma, mulheres trans e travestis que possuem gônadas preservadas devem ser aconselhadas quanto ao risco de engravidar parcerias

---

2 Sigla em inglês para *Long-Acting Reversible Contraception*, que significa “Contracepção Reversível de Longa Duração”.

que possam gestar. O uso de terapia hormonal masculinizante por homens trans não contraindica contraceptivos hormonais, mesmo os que contenham estrogênio. Não se espera que a dose de estrogênio contida nos anticoncepcionais combinados tenha efeito feminilizante em indivíduos que fazem uso de testosterona. Há, contudo, certa ressalva pelo aumento teórico do risco de eventos tromboembólicos, aumento que, no entanto, não foi observado nos estudos científicos até o momento. Dessa forma, a escolha do método contraceptivo é em função da existência ou não de contraindicações e, principalmente, das expectativas e desejos da pessoa em relação ao método. Alguns homens trans têm desejo de interromper a menstruação, de modo que métodos como o AIT e o DIU-LNG, que costumam gerar amenorreia, podem ser interessantes. Outros preferem não fazer uso de métodos hormonais, podendo, nesses casos, o DIU de cobre ser uma boa opção. A disforia e o desconforto intenso com exames ginecológicos ou manipulação genital podem ser limitantes para a realização da inserção de DIU ou o uso de preservativos internos ou diafragma, devendo ser considerados no processo de escolha do método.

## PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS (PVHA)

Idealmente, a dupla proteção é a estratégia mais recomendada para PVHA, uma vez que os preservativos impedem a aquisição de outras ISTs, e o segundo método garante proteção adicional contra gestação não planejada. O esquema básico de TARV atual (Tenofovir/Lamivudina + Dolutegravir) pode ser utilizado com qualquer método contraceptivo hormonal (Categoria 1). Esquemas com efavirenz, nevirapina ou ritonavir podem reduzir a eficácia contraceptiva de métodos hormonais (Categoria 2), sendo o AIT de medroxiprogesterona considerado o método hormonal mais seguro nesses casos (Categoria 1). Os métodos LARC como o DIU de cobre e o DIU hormonal também são boas opções, evitando-se a inserção somente em contextos de imunodepressão ( $CD4 < 350$  células/mm<sup>3</sup>), pelo risco aumentado de infecção pós-procedimento. Nesses casos, recomenda-se a recuperação dos valores de CD4 antes da inserção do DIU. Por outro lado, caso uma pessoa já usuária de DIU evolua em algum momento de seu cuidado com imunossupressão, não há necessidade de retirada do dispositivo.

**Em caso de dúvidas, consultar a publicação “Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso Métodos Anticoncepcionais” (documento disponível no QR code ao lado).**



## 1. CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

São métodos utilizados em caso de relação sexual desprotegida, seja por esquecimento, ou falha do método rotineiro, ou ainda por violência sexual. Neste guia são abordadas a pílula de emergência de levonorgestrel e o DIU de cobre, ambos disponíveis na rede municipal.

### **ATENÇÃO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL!**

**A procura por contracepção de emergência pode ter sido motivada por situação de violência sexual, de modo que é fundamental uma escuta qualificada e olhar atento para indícios de violência, evitando barreiras de acesso e exposições constrangedoras no acolhimento, além de sensibilização da equipe.**

Deve ser preenchida ficha de notificação (SINAN) tanto nos casos suspeitos como naqueles confirmados de violência. Menores de 14 anos, pela lei brasileira, não podem consentir relação sexual, configurando o ato estupro de vulnerável. Quando a vítima é criança ou adolescente, o Conselho Tutelar deve ser acionado. Além da contracepção de emergência, é fundamental avaliar a indicação das profilaxias para HIV, hepatite B e ISTs não virais (sífilis, clamídia, gonorreia). Desde 2023, o Ministério da Saúde passou a incluir vítimas de violência sexual como grupo prioritário para vacinação contra o HPV, sendo contempladas as pessoas de 9 a 45 anos de idade ainda não vacinadas contra HPV ou com esquema incompleto.

Deve-se informar sobre o direito à interrupção legal da gestação caso a violência resulte em gravidez, independentemente de ter ou não sido feito o registro do boletim de ocorrência. A continuidade do cuidado integral deve envolver a equipe multiprofissional, monitorando a situação de saúde da vítima, programando próximos atendimentos e respeitando caso ela não queira retornar. É importante pontuar que todos os hospitais devem acolher vítimas de violência sexual e oferecer atendimento emergencial, integral e multidisciplinar (Lei n.º 12.845, de 1.º de agosto de 2013).

## CONTRACEPTIVOS DE EMERGÊNCIA

- **DIU de cobre (TCU 380 A)**
  - Eficácia: MUITO ALTA
  - Taxa de falha: 1 em 1.000
- **Pílula de emergência — Levonorgestrel 0,75mg**
  - Eficácia: ALTA
  - Taxa de falha: 26 em 1.000

### Informações gerais

- **O que é:** Método contraceptivo utilizado logo após a relação sexual desprotegida. Indicada em situações de esquecimento ou falha do método de uso rotineiro, assim como em casos de violência sexual. O DIU de cobre tem ação gametotóxica/espermicida, evitando a fertilização. Já a pílula de emergência (popularmente chamada de pílula do dia seguinte) é um progestágeno que impede ou atrasa a ovulação, disponível em diferentes formulações, sendo a apresentação de uso mais simples e acessível o levonorgestrel oral.
- **Como usar:**
  - **DIU de cobre:** Realizar inserção até cinco dias após a relação desprotegida; ou
  - **Pílula de emergência — Levonorgestrel 0,75mg:** Tomar dois comprimidos em dose única, até 72 horas após a relação desprotegida (algumas referências estabelecem limite de cinco dias).
- **Quando iniciar:** O mais rápido possível após a relação desprotegida, desde que descartada gravidez já em curso. A eficácia é maior quanto antes for iniciado o método.
- **Contraindicações:**
  - **DIU de cobre:** Ver seção “DIU de Cobre” (página 41);

- **Pílula de emergência — Levonorgestrel 0,75mg:** Contraindicado durante a lactação, nas primeiras seis semanas após o parto. Em caso de uso de levonorgestrel, é recomendável suspender a amamentação temporariamente.

■ **Interações:** Não há.

**OBSERVAÇÕES:** Oportunizar oferta de método contraceptivo de uso regular, quando necessário. Ambos os métodos não são indicados em caso de gravidez já estabelecida, uma vez que não há efeito sobre gestação em curso, mas por se tratar de um método de curta duração, o uso é seguro mesmo nas situações que costumam contraindicar o uso de contracepção hormonal.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<b>DIU DE COBRE</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É o método mais eficaz de contracepção de emergência.</li> <li>■ Tem longa duração, podendo ser mantido por até 10 anos.</li> <li>■ É facilmente reversível, com retorno imediato da fertilidade após a retirada.</li> <li>■ Evita a necessidade de uso repetido de contracepção de emergência.</li> <li>■ Não contém hormônios e não mascara o climatério, podendo ser usado até a menopausa.</li> <li>■ Pode ser usado com segurança durante o aleitamento materno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Demanda um profissional treinado para ser inserido.</li> <li>■ Possui algumas contraindicações, como a presença de cervicite ou DIP.</li> <li>■ Raramente ocorrem complicações da inserção, como infecção ou perfuração.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como aumento do volume ou duração do sangramento menstrual, cólicas e irregularidade menstrual nos primeiros meses.</li> </ul>

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<b>PÍLULA DE EMERGÊNCIA — LEVONORGESTREL 0,75MG</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Uso seguro e fácil.</li> <li>■ Poucas contraindicações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A eficácia é menor que a do DIU de cobre.</li> <li>■ É de curto prazo — não evita gestação em caso de futuras relações desprotegidas.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como náuseas, dor abdominal, alteração da data da menstruação (antecipação ou atraso) e irregularidade menstrual.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se retorno em caso de atraso menstrual, para a realização de teste de gravidez, ou a qualquer momento, se surgirem dúvidas ou queixas. Pode ser combinado um retorno para iniciar método contraceptivo de uso regular ou, caso tenha sido inserido o DIU de cobre, para reavaliação após um a três meses.

## Manejando as principais intercorrências

- **Iniciando um novo método contraceptivo após a pílula de emergência:** Tanto os métodos hormonais como o DIU de cobre (caso este não tenha sido escolhido como o próprio método de emergência) podem ser iniciados a qualquer momento, inclusive no mesmo dia da pílula de emergência. Não é necessário aguardar a menstruação. O uso de método de apoio não é obrigatório após a inserção do DIU de cobre. No caso dos métodos hormonais, inclusive do DIU hormonal, orientar uso de preservativo nos primeiros sete dias.
- **Retornando ao método hormonal costumeiro após a pílula de emergência:** Caso a pessoa seja usuária de contraceptivo oral e tenha necessitado de contraceptivo de emergência por esquecimento ou atraso da tomada, orientar seguir o uso normalmente após a pílula de emergência. Não é necessário começar uma nova cartela. Nos casos de

usuárias de contracepção injetável com atraso da injeção, pode ser aplicada, com segurança, uma nova dose no mesmo dia da pílula de emergência. Em ambos os casos, orientar uso de método de apoio nos primeiros sete dias.

- **Vômitos após a pílula de emergência:** Caso haja vômitos até duas horas após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após o uso de antiemético e de se alimentar. Se os vômitos ocorrerem após duas horas, não é necessário repetir a dose.
- **Atraso menstrual após contracepção de emergência:** Orientar realização de teste de gravidez após sete dias de atraso menstrual.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ A pílula do dia seguinte e DIU de cobre de emergência são abortivos?

Não. Ambos os métodos atuam antes da gestação ser iniciada, seja ao impedir a ovulação (no caso da pílula) ou a fecundação. Se eventualmente a pílula de emergência for ingerida quando já há uma gravidez estabelecida, não há efeito sobre a gestação e tampouco há evidências de que provoque qualquer efeito deletério ao feto. O DIU não deve ser inserido quando há suspeita de gestação em curso.

### ■ A pílula de emergência pode ser tomada mais de uma vez no mesmo mês?

Sim. No entanto, a pílula de emergência tem eficácia menor que a de outros métodos de uso regular. Caso uma pessoa demonstre necessidade de uso repetido de contracepção de emergência, é recomendado oportunizar a oferta de métodos contraceptivos de maior duração e efetividade.

## 2. MÉTODOS LARC — CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO

LARC é a sigla para *Long-Acting Reversible Contraception*, ou seja, contracepção reversível de longa duração. Estão entre os métodos de maior eficácia, com alta taxa de adesão, permitindo rápido retorno da fertilidade quando removidos. Os métodos considerados LARC são os DIUs (tanto de cobre como hormonal) e o implante hormonal. O DIU de cobre pode ser também utilizado como contracepção de emergência (página 37).

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) DE COBRE

- **Apresentação disponível na rede municipal:** TCU 380A
- **Eficácia:** MUITO ALTA
- **Taxa de falha:** 8 em 1.000 (uso rotineiro) // 6 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** Contraceptivo reversível de longa duração e alta eficácia, consistindo em um dispositivo revestido de cobre que é inserido dentro da cavidade uterina. Possui dois fios de *nylon* que cruzam o colo uterino, se exteriorizando na vagina, que permitem a sua fácil retirada. A formulação mais utilizada é o TCU 380A, com formato de T, recomendado para úteros com histerometria entre 6cm e 9cm. A duração é de 10 anos. A sua atividade contraceptiva se dá pelo cobre, cuja ação gametotóxica causa danos aos espermatozoides e aos óvulos, evitando a fecundação.
- **Como usar:** Realizar inserção ambulatorial, e remover após 10 anos do uso, ou antes, se desejado.
- **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja certeza de que não há gravidez em curso. Não é necessário aguardar a menstruação. O efeito do DIU de cobre é imediato, não sendo necessário método de apoio após a inserção. Recomendações referentes a situações particulares:
  - **Sem método ou em uso de método de barreira:** O DIU pode ser inserido até o 12.º dia da menstruação. Após o 12.º dia, o DIU só pode ser inserido se houver certeza de que não há gravidez em curso (ver o Anexo 4 na página 136).
  - **Em uso de DIU:** Um novo DIU pode ser inserido imediatamente após a remoção do antigo.
  - **Em uso de método hormonal:** Se o método vinha sendo usado corretamente, sem falhas, o DIU pode ser inserido imediatamente, sem a necessidade de aguardar a menstruação.
  - **Após o parto:** O DIU pode ser inserido ainda na maternidade, no pós-parto imediato, logo após a saída da placenta, ou no pós-parto precoce (até 48 horas após o parto). O DIU também pode ser inserido ambulatorialmente a partir de quatro semanas após o parto. Não se realiza a inserção do DIU no período pós-parto tardio (entre 48 horas e quatro

semanas após o parto), devido ao risco aumentado de expulsão.

- **Após abortamento:** Em até 12 dias após abortamento de primeiro ou segundo trimestre, o DIU pode ser inserido imediatamente. Após 12 dias, o DIU só pode ser inserido se houver certeza de que não há gravidez em curso (ver o Anexo 4 na página 136). Nos casos de interrupção da gestação no terceiro trimestre, seguir conforme orientações de pós-parto, descritas no item anterior (“Após o parto”).
- **Como contracepção de emergência:** Até cinco dias após a relação desprotegida (ver seção “Contracepção de Emergência — página 36).

#### ■ **Contraindicações Absolutas (Categoria 4):**

- Suspeita de gestação;
- Não ter iniciado a vida sexual;
- Prolapso uterino total e distorções da cavidade uterina congênitas (malformações uterinas) ou adquiridas (miomas, pólipos) quando estas distorcem a cavidade uterina e impedem a introdução ou a permanência do DIU no interior da cavidade uterina;
- Câncer do colo do útero ou de endométrio;
- Doença trofoblástica gestacional em tratamento;
- Sangramento uterino anormal de origem desconhecida, não sendo possível afastar condições graves;
- Suspeita ou confirmação de processos infecciosos ginecológicos, como cervicite, doença inflamatória pélvica (DIP), endometrite crônica, aborto infectado ou tuberculose pélvica. A inserção do DIU pode ser realizada após o término do tratamento dessas afecções com cura clínica;
- Alergia grave ao cobre.

#### ■ **Contraindicações Relativas (Categoria 3):**

- Imunodepressão grave pelo HIV ( $CD4 < 200$  células/mm<sup>3</sup>);

- Câncer de ovário;
  - Trombocitopenia severa e outros distúrbios graves da coagulação.
- **Interações:** Não há interações clinicamente relevantes.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um dos métodos contraceptivos de maior eficácia, e por não necessitar de tomada diária, não há risco de esquecimento.</li> <li>■ É o método reversível de mais longa duração, de 10 anos, mantendo efeito contraceptivo por até 12 anos.</li> <li>■ É facilmente removido, com retorno imediato da fertilidade.</li> <li>■ O efeito contraceptivo é imediato após a inserção, podendo ser usado como contracepção de emergência.</li> <li>■ Não contém hormônios e não possui ação sistêmica, o que o torna isento dos efeitos adversos dos métodos hormonais e seguro para uso por pessoas com alto risco cardiovascular.</li> <li>■ Pode ser usado com segurança durante o aleitamento materno.</li> <li>■ Não mascara o climatério, podendo ser usado até a menopausa.</li> <li>■ É fator de proteção contra o câncer de colo do útero.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Demanda um profissional treinado para ser inserido.</li> <li>■ Podem ocorrer mudanças no padrão do sangramento, como irregularidade e aumento da duração e do volume menstrual, além de cólicas, principalmente nos primeiros meses.</li> <li>■ Nos casos de sangramento aumentado, pode piorar a anemia em pessoas predispostas.</li> <li>■ Raramente ocorrem complicações da inserção, como perfuração ou DIP.</li> <li>■ Em alguns casos pode ocorrer expulsão do dispositivo.</li> </ul>

## Procedimento de inserção

### ■ **Material necessário:**

- Kit instrumental de inserção: histerômetro, pinça de Pozzi, pinça Cheron e tesoura de Mayo;
- Espéculo M ou G;
- Pacotes de gaze estéril;
- Luva estéril e luvas de procedimento;
- Clorexidina aquosa ou degermante;
- Foco de luz;
- Dispositivo intrauterino.

### ■ **Passo 1 — Orientações pré-procedimento e preparo de ambiente acolhedor**

Informar mecanismo de ação, vantagens e desvantagens do método. Explicar as etapas do procedimento. Ainda que a efetividade seja variável, podem ser ofertadas estratégias de alívio da dor, sejam elas farmacológicas (analgésicos orais, anestesia cervical) ou não farmacológicas (aromaterapia, música ambiente etc.).

### ■ **Passo 2 — Afastar possibilidade de gestação**

O DIU não deve ser inserido caso não seja possível excluir, com certeza, gravidez em curso (ver o Anexo 4 na página 136). O TIG deve ser oferecido quando há atraso menstrual de, pelo menos, sete dias ou relato de última menstruação de padrão diferente do habitual. O TIG tem baixa sensibilidade para diagnóstico de gravidez antes do atraso menstrual, portanto, um resultado negativo não afasta a possibilidade de gestação nesse contexto. Caso não seja possível afastar, com segurança, uma gravidez, reage a inserção e ofereça um método de espera.

### ■ **Passo 3 — Realizar exame pélvico com toque bimanual, para avaliação e exclusão de contraindicações ao procedimento**

Na presença de dor à mobilização do colo, útero ou anexos, realize tratamento para DIP e programe a inserção após o término do tratamento.

■ **Passo 4 — Passar o espéculo com clara visualização do colo uterino**

Na presença de conteúdo vaginal anormal, com sinais de cervicite, prescreva o tratamento apropriado e programe a inserção após o término do tratamento.

■ **Passo 5 — Limpeza do colo e vagina com gaze e antisséptico apropriado (clorexidina aquosa ou degermante)**

Realizar movimentos circulares a partir do orifício externo utilizando pinça Cheron.

■ **Passo 6 — Pinçar o lábio anterior do colo com a pinça Pozzi**

Nesta etapa, pode ocorrer dor ou cólica. Sugere-se solicitar que a pessoa tussa ou respire fundo e solte durante o pinçamento, para reduzir o desconforto. O profissional também pode realizar anestesia local do colo com lidocaína spray 10%, lidocaína gel 4% ou lidocaína injetável, com ou sem vasoconstritor. Alternativamente, existem técnicas de inserção sem realização do pinçamento do colo.

■ **Passo 7 — Histerometria**

Tracionar suavemente a pinça, retificando o canal cervical, para facilitar a histerometria. Inserção suave de histerômetro até sentir a resistência do fundo uterino para medição do útero. Pode ocorrer uma leve resistência por volta de 2cm a 3cm de inserção, compatível com o orifício interno do colo cervical. Retirar o histerômetro e avaliar a medida da cavidade uterina. O DIU TCU 380A está indicado para cavidades uterinas entre 6cm e 9cm de comprimento.

■ **Passo 8 — Retirar o dispositivo e o insertor da embalagem**

Utilizando luvas estéreis, introduzir as hastes horizontais do dispositivo dentro do aplicador. Posicionar o marcador azul na altura da histerometria aferida. Alternativamente, pode ser realizada técnica “sem toque”, com manuseio do DIU ainda na embalagem, por cima do invólucro de plástico.

■ **Passo 9 — Inserir o dispositivo e cortar os fios**

Introduzir o aplicador com cuidado através do canal cervical até que a resistência do fundo uterino seja sentida e o marcador azul toque o colo do útero. Manter o êmbolo (que termina em um anel) parado, segurando com uma mão, enquanto com a outra puxa-se o aplicador até que toque no anel. Esse movimento libera o DIU dentro da cavidade.

Retirar lentamente o êmbolo, mantendo o aplicador parado, e após alguns segundos inserir o aplicador novamente, até que o marcador azul toque o colo, para certificar que o dispositivo esteja posicionado no fundo uterino. A seguir, retirar o aplicador. Os fios devem ser cortados a cerca de 3cm do colo, evitando deixá-los muito curtos, de forma a não serem sentidos na relação sexual e não dificultar a retirada do dispositivo.

#### ■ **Passo 10 — Orientações pós-inserção**

Aguardar alguns minutos antes de solicitar que a pessoa se levante, a fim de evitar reflexo vasovagal. Preencher o cartão do DIU com a data da inserção e da previsão de retirada em 10 anos. Pode haver cólica nos primeiros dias e sangramento leve, podendo ser feita aplicação de compressa morna e o uso de AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias. Orientar sinais de alarme: febre, corrimento purulento, dor abdominal intensa ou sangramento abundante.

- **Registro:** Selecionar CID10 Z97.5 — Presença de dispositivo anticoncepcional intrauterino [DIU] e SIGTAP: 03.01.04.014-1 — INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

## Procedimento de retirada

#### ■ **Material necessário:**

- Pinça Cheron;
- Espéculo M ou G;
- Pacotes de gaze estéril;
- Luvas de procedimento;
- Clorexidina aquosa ou degermante;
- Foco de luz.

#### ■ **Passo 1 — Orientações pré-procedimento**

Confirmar o desejo e o motivo da retirada. Caso haja intenção de gestar, seguir orientações da seção “Consulta Pré-Concepcional” (página 12). Se houver desejo de manutenção de contracepção, um novo DIU pode ser inserido

imediatamente após a retirada do interior, ou outro método pode ser ofertado, atentando para necessidade ou não de método de apoio. Explicar as etapas do procedimento de retirada.

■ **Passo 2 — Passagem do espêculo e identificação dos fios do DIU**

Caso os fios não sejam visualizados, seguir orientações do item “Fios não localizados” (página 52).

■ **Passo 3 — Limpeza do colo com gaze embebida em antisséptico (clorexidina aquosa ou degermante)**

Embeber gaze em antisséptico (clorexidina aquosa ou degermante) e aplicar em todo o colo.

■ **Passo 4 — Apreender os fios com pinça Cheron e retirar o dispositivo**

Segurar firmemente ambos os fios do DIU com a pinça, tracionando em movimento único e suave até que o dispositivo saia completamente pelo colo uterino. Normalmente a tração gentil é suficiente para retirada do dispositivo, porém, se mesmo com tração moderada o dispositivo não se externalizar, solicite uma ultrassonografia transvaginal para avaliar o posicionamento do DIU e, se necessário, encaminhe para retirada via procedimento “Histeroscopia Diagnóstica”.

## Manejando as principais intercorrências no procedimento

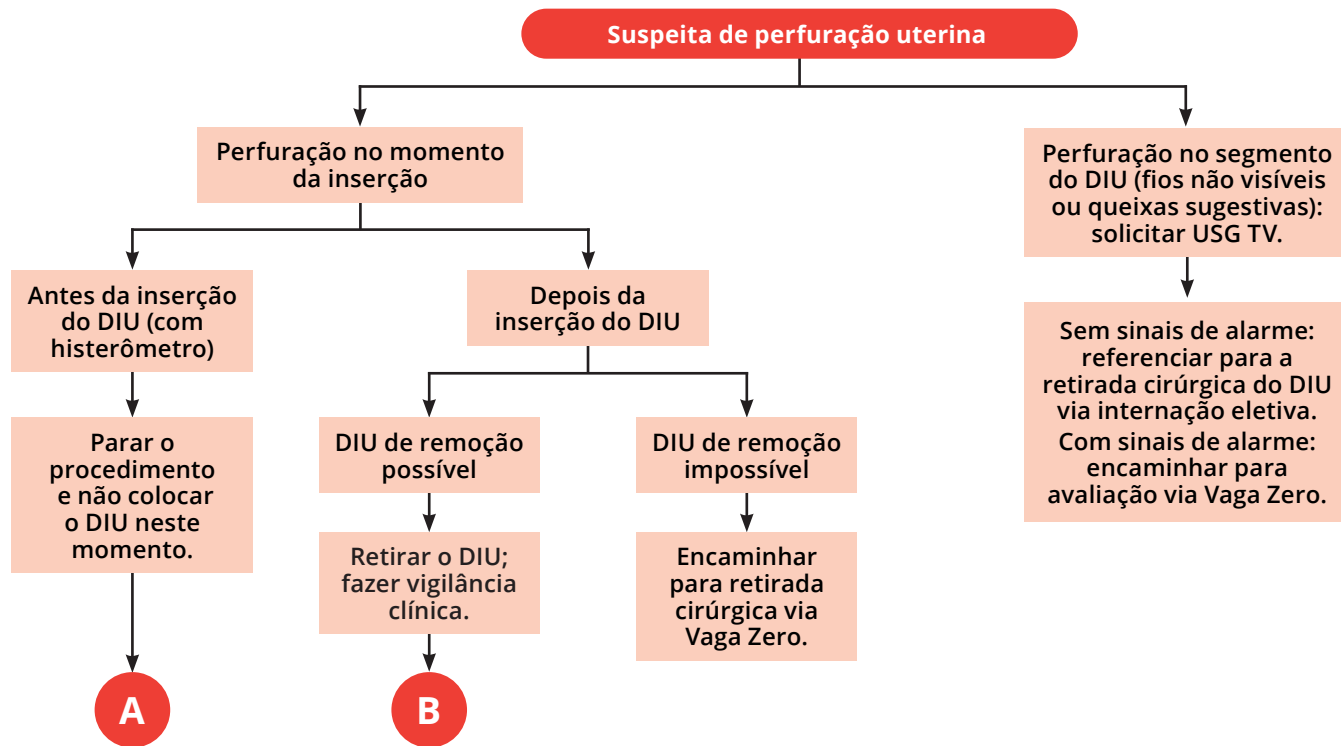
- **Histerometria pequena (< 6cm):** Certificar-se de que o histerômetro passou do orifício interno do colo uterino, principalmente se histerometria até 4cm. Caso confirmada histerometria menor que 6cm, o DIU TCU 380A não pode ser inserido. Para esses casos, uma alternativa é o mini DIU, que pode ser inserido quando há histerometria entre 5cm e 7cm, porém atualmente não está disponível no Sistema Único de Saúde. O mini DIU tem formato de âncora, com dimensões de cerca de 28mm de comprimido por 17mm de largura, e duração de cinco anos.
- **Reação vagal durante ou após o procedimento:** Pode ocorrer pela dor ou tração de estruturas viscerais durante a inserção. Caracteriza-se por hipotensão, tontura, náuseas, palidez, bradicardia e sudorese. Para diminuir a sua incidência, evitar manobras bruscas e tração excessiva do colo do útero, e após o procedimento, manter a pessoa deitada durante alguns minutos antes de se levantar. Em caso de suspeita de reação vagal, interromper o procedimento e retirar o instrumental (pinça, espêculo), elevar os membros inferiores e aferir a pressão arterial, ofertar água e

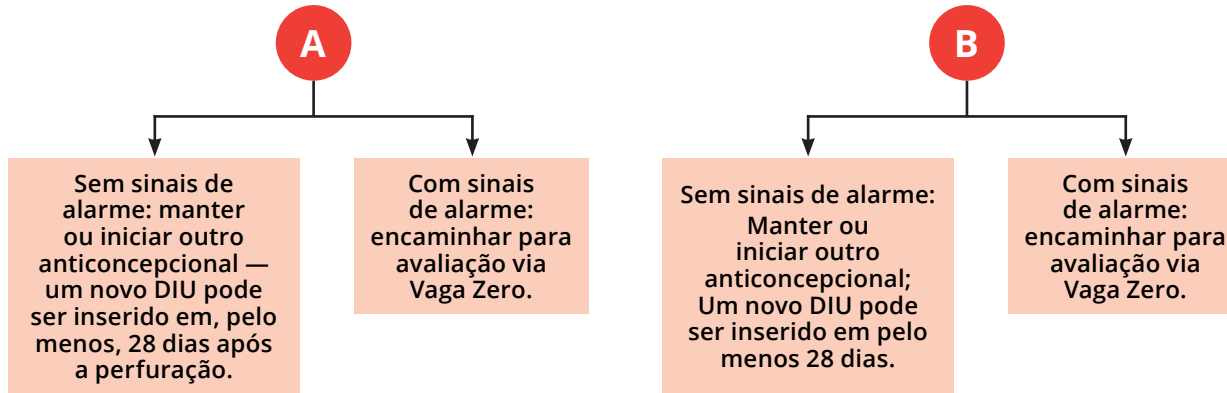
conversar com a pessoa, no sentido de tranquilizá-la. A maioria dos casos tem resolução espontânea em poucos minutos. Após a melhora do quadro, o procedimento pode seguir normalmente, se desejado.

- **Doença inflamatória pélvica (DIP) após inserção:** Deve-se suspeitar de infecção quando há relato de corrimento alterado, dor pélvica intensa ou febre, principalmente nos primeiros 20 dias após a inserção. A DIP é uma complicação pouco frequente, porém mais provável quando há inserção do DIU na vigência de cervicite bacteriana (em geral, por gonorreia ou clamídia), ainda que pouco sintomática, ou relato de parceria sexual com corrimento uretral ou vaginal. Nesses casos, institui-se o mesmo tratamento antibiótico preconizado para pessoas não usuárias de DIU. O dispositivo pode ser mantido, só sendo recomendada sua retirada nos casos em que não se observa melhora após 72 horas do início do tratamento apropriado.
- **Suspeita de gravidez:** A gestação em uso de DIU é um evento raro, de ocorrência tão frequente quanto a gestação após laqueadura tubária. Havendo suspeita de gravidez, deve-se solicitar TIG e, se positivo, é fundamental a solicitação de exame de imagem, de forma a excluir a possibilidade de prenhez ectópica. Na gestação ectópica, o DIU pode ser mantido e a ectopia tratada em serviço especializado, clínica ou cirurgicamente. Já nos casos de gestação tópica, os estudos apontam que a presença do DIU aumenta a incidência de abortamento e parto prematuro, sendo o risco de abortamento associado à retirada do DIU inferior ao risco causado por sua permanência. Dessa forma, havendo consentimento da pessoa usuária, está indicada a remoção do DIU o mais precocemente possível. Caso se opte pela não retirada do dispositivo, seja por questões técnicas ou por desejo da pessoa, esta deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco. É importante assegurar que não há associação de malformações fetais com a gestação em presença de DIU, e orientar sobre os sinais de alerta que sugerem abortamento e/ou infecção, como sangramento vaginal, dor abdominal, corrimento vaginal de coloração ou odor alterados e febre.
- **Suspeita de perfuração:** A perfuração uterina pode ocorrer durante o procedimento de inserção ou posteriormente, durante o uso do dispositivo. A perfuração na inserção, ainda que mais comum que a perfuração posterior, é um evento raro, ocorrendo em cerca de 0,1% dos procedimentos, e quando presente costuma evoluir com resolução espontânea, sem a necessidade de maiores intervenções. Os principais sinais de perfuração durante o procedimento são dor intensa persistente, sangramento intenso ininterrupto pelo orifício cervical (e não pelo sítio do pinçamento) e histerometria acima do esperado. Havendo suspeita de perfuração, manter a pessoa em repouso com aferição

dos sinais vitais a cada 15 minutos durante uma hora. Caso o DIU já tenha sido inserido, realizar a remoção imediata do dispositivo. Deve-se atentar para sinais de instabilidade hemodinâmica ou de irritação peritoneal. Pode ser dada alta domiciliar se após algumas horas de observação não surgirem sinais de alarme, como sangramento volumoso, dor intensa sem melhora ou suspeita de hemoperitônio. Deve ser realizada uma reavaliação após 48 horas e orienta-se evitar relações sexuais nas duas semanas seguintes. Nos casos com sinais de agravamento, em que é necessária a avaliação de emergência, o encaminhamento deve ser feito via plataforma Vaga Zero. Caso a perfuração seja suspeitada posteriormente, durante o seguimento (paciente evoluir com dor ou sangramento acima do esperado, gravidez, fios não visíveis), e não houver sinais de alarme ou instabilidade que indiquem necessidade de atendimento em emergência, deve ser solicitada ultrassonografia transvaginal. Confirmada a perfuração ou DIU na cavidade abdominal, a retirada por videolaparoscopia ou videohisteroscopia deve ser solicitada via internação eletiva na plataforma SUBPAV.

Figura 6. Fluxo de suspeita de perfuração uterina.





Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher em conjunto com a Subsecretaria Geral e a Superintendência Hospitais Pediátricos e Maternidades.

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um a três meses da inserção, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas. A ultrassonografia transvaginal não deve ser realizada rotineiramente no seguimento pós-inserção, sendo indicada apenas após um procedimento difícil.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao DIU de cobre, se houve mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.
- Nos casos de sangramento menstrual aumentado após a inserção, orientar que se trata de um sintoma que costuma ter melhora evolutiva após os primeiros três a seis meses do início do método. Quando necessário, pesquisar e tratar anemia.

- Realizar toque vaginal e exame especular, observando se os fios estão visíveis e de tamanho esperado no colo uterino, e coletar o exame colpocitológico, quando indicado.
- Relembrar que o método tem duração de 10 anos, e confirmar o ano previsto para sua substituição.

## Manejando as principais intercorrências no seguimento

- **Alterações da menstruação e cólicas:** Trata-se de uma alteração conhecida e relativamente frequente do DIU, que, habitualmente, não causa maiores danos à saúde e tende a melhorar após os três a seis primeiros meses de uso. Podem ocorrer aumento do volume/duração do sangramento, irregularidade ou intensificação das cólicas. Para alívio sintomático podem ser usados anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias. É interessante estimular uma alimentação rica em ferro, como carnes, ovo, leguminosas e folhas verde-escuras, para a prevenção de anemia ferropriva. Se o sangramento persiste ou se inicia meses após a inserção, deve-se considerar a possibilidade de outras causas para o sangramento, como mal posicionamento ou expulsão parcial do dispositivo, gestação, cervicite ou displasia cervical.
- **Fios não localizados:** Caso os fios do dispositivo não sejam identificados pela pessoa durante o automonitoramento, ou pelo profissional ao exame especular, entende-se que pode ter ocorrido perda do fio por quebra ou ascensão para a cavidade uterina, ou ainda expulsão do dispositivo. Nesses casos, recomenda-se: 1) Buscar o fio no canal endocervical com o auxílio da escova utilizada na coleta do preventivo, pois ele pode se encontrar enrolado no interior do canal; 2) Se o fio seguir sem ser visualizado, solicitar ultrassonografia transvaginal para verificar se houve expulsão do DIU ou migração do mesmo para a cavidade abdominal (complicação rara — entre 0,3 e 2,6, a cada 1.000). Caso confirmada a presença do dispositivo na cavidade, sem sinais de perfuração, o DIU pode ser mantido pelo tempo recomendado. No momento da remoção do dispositivo, na ausência dos fios, pode ser tentada a retirada por profissional experiente fazendo uso de pinça jacaré, ou a pessoa usuária deve ser encaminhada para retirada via SISREG no procedimento “Histeroscopia Diagnóstica”. Quando o exame de imagem identificar perfuração ou DIU na cavidade abdominal, manejar conforme indicado no item “Suspeita de perfuração” (página 50).
- **Expulsão do dispositivo:** A expulsão do DIU é mais comum no primeiro ano de uso, ocorrendo em 4% a 5% das pessoas usuárias. A taxa de expulsão é maior na inserção pós-parto. A expulsão completa do dispositivo geralmente

é percebida pela pessoa, que nota corpo estranho no canal cervical ou vagina. Já a expulsão parcial pode ser assintomática ou provocar dor em pontada, dispareunia ou sangramento irregular, podendo ser identificada ao toque vaginal, quando se palpa o segmento inferior rígido do dispositivo no colo uterino, ou ao exame especular, quando se visualiza parte do dispositivo externalizado pelo orifício externo cervical. O DIU deve ser removido sempre que alguma parte do mesmo se encontrar abaixo do orifício interno do útero, podendo um novo DIU ser inserido imediatamente, se for desejo da pessoa. Nunca se deve reinserir o DIU que foi expulso.

- **Percepção da presença dos fios na penetração vaginal pela parceria sexual:** Ocorre quando os fios são deixados muito curtos. Neste caso, há duas opções: 1) Cortar o fio ainda mais curto, de maneira que ele não exteriorize pelo canal cervical — diante disso, o controle do posicionamento do DIU pela pessoa usuária não será mais possível, assim como poderá acarretar dificuldades no momento de retirada do dispositivo; ou 2) Realizar a retirada do DIU e a inserção de novo dispositivo, com o cuidado de deixar o fio com cerca de 3cm de comprimento.

## Mitos e dúvidas frequentes (DIU de cobre e DIU hormonal)

### ■ O DIU é abortivo?

Não. Tanto o DIU de cobre como o hormonal agem evitando a fecundação, seja por efeito gametotóxico direto (inativação dos espermatozoides e ovócitos), ou por ação sobre o endométrio e muco cervical, evitando a motilidade dos espermatozoides.

### ■ São necessários exames antes da inserção?

Na ausência de queixas ou questões clínicas específicas, não é necessário realizar exames de rotina previamente à inserção, inclusive ultrassonografias ou o exame preventivo. Condições que contraindicam o método serão avaliadas durante o exame clínico com toque bimanual e o exame especular, e o tamanho da cavidade uterina será determinado durante o procedimento, na etapa de histerometria. A coleta de citopatológico de colo uterino deve ser realizada no início do procedimento do DIU quando houver indicação de rastreio, respeitando-se faixa etária e intervalo recomendados. Não há obrigatoriedade de realização de exames quando não existem indicações claras, pois a solicitação de exames desnecessários cria barreiras de acesso ao método, atrasa o início do uso do contraceptivo, gera risco de gestação indesejada e onera o sistema de saúde, devendo ser desestimulada. Da mesma forma, a pessoa

com interesse em fazer uso do DIU pode participar de atividades coletivas sobre planejamento reprodutivo, porém este não deve ser um pré-requisito obrigatório, podendo a orientação ocorrer também durante consulta individual.

### ■ **É necessária a realização rotineira de ultrassonografia após a inserção?**

Não há indicação de ultrassonografia rotineira para avaliar o posicionamento do DIU após a inserção ou para acompanhamento durante o tempo de uso. A ultrassonografia demonstra a posição do DIU apenas no momento em que foi realizada. As contrações uterinas que ocorrem, sobretudo no período menstrual, podem deslocar esse dispositivo, e a ultrassonografia não é capaz de prever esse acontecimento. Para que o DIU seja considerado bem posicionado é suficiente que esteja inteiramente dentro da cavidade uterina, ou seja, acima do orifício interno do colo, independentemente da distância medida entre o DIU e o fundo uterino. A forma mais adequada de acompanhar a posição do DIU é a autochecagem periódica do comprimento dos fios. A ultrassonografia está indicada quando há alguma dificuldade durante a inserção do dispositivo que gere dúvidas a respeito de seu posicionamento, ou se na autochecagem é percebido aumento ou redução significativos do comprimento do fio, ou ainda se os fios não são sentidos.

### ■ **Como avaliar o posicionamento do DIU?**

Após a inserção do dispositivo, o fio é cortado a cerca de 3cm do colo. O fio sobressalente pode ser mostrado à pessoa usuária para que ela conheça a consistência e facilite sua identificação. Recomenda-se que, esporadicamente, se monitore o posicionamento do DIU, o que pode ser feito inserindo um dedo dentro da vagina e buscando sentir o comprimento dos fios. Algumas pessoas podem preferir realizar esse toque rotineiramente, por exemplo, após o término de cada menstruação. Na eventualidade dos fios serem percebidos muito longos, muito curtos ou ausentes, ou ainda se uma ponta rígida for palpada no colo do útero (podendo corresponder ao dispositivo parcialmente expulso), a pessoa deve procurar o serviço de saúde, a fim de ser avaliada. O profissional de saúde diante da demanda de avaliação do posicionamento do DIU deve investigar se há queixas, como dor em pontada ou cólica, desconforto na relação ou sangramento irregular (principalmente passados seis meses da inserção), e prosseguir com o exame físico, realizando toque vaginal e exame especular. Caso se visualize o DIU parcialmente expulso, este deve ser removido e um novo dispositivo pode ser imediatamente inserido. Caso o DIU não seja visualizado, porém o comprimento dos fios esteja, de fato, alterado, gerando dúvida a respeito do posicionamento do DIU, solicitar ultrassonografia transvaginal com aferição da distância entre o dispositivo e o orifício interno do colo. Para que o DIU seja conside-

rado bem posicionado é suficiente que esteja inteiramente dentro da cavidade uterina, ou seja, acima do orifício interno do colo, independentemente da distância medida entre o DIU e o fundo uterino.

■ **O DIU pode ser usado por adolescentes, nulíparas ou perto da menopausa?**

Sim. Não existe limite de idade para o DIU, e ele pode ser utilizado por pessoas que nunca gestaram, desde que já tenham iniciado a vida sexual. Diversos órgãos de saúde pública consideram o DIU de cobre o método de maior custo-efetividade para adolescentes. Além disso, por não possuir hormônios, o DIU de cobre não mascara a menopausa e não aumenta o risco cardiovascular, o que o torna um método muito interessante para uso próximo do climatério.

■ **Qual a diferença entre o DIU de cobre, o DIU de prata e o DIU hormonal?**

São todos métodos reversíveis de longa duração e alta eficácia. As principais diferenças entre eles são a duração e o efeito esperado sobre a menstruação. O DIU de cobre tem duração de 10 a 12 anos, o de prata de cinco anos, e o DIU hormonal com 52mg de levonorgestrel (Mirena) dura de cinco a sete anos. Em relação ao efeito sobre a menstruação, o DIU de cobre pode provocar aumento do volume e da duração do sangramento menstrual e pode intensificar cólicas, em geral com melhora desse efeito após os primeiros meses do uso. O DIU hormonal costuma ter efeito contrário, podendo gerar irregularidade e sangramento aumentado nos primeiros meses de uso em alguns casos, porém, em geral, evolui com redução do sangramento menstrual ou amenorreia, além de diminuição da dismenorreia. O DIU de prata (que possui prata junto ao cobre na sua composição) se propõe a ser um DIU não-hormonal com menor efeito de aumento do fluxo menstrual e cólicas do que o DIU de cobre, contudo essa superioridade não foi demonstrada cientificamente até o momento.

■ **Quem faz uso de DIU pode utilizar absorvente interno, coletor menstrual e disco menstrual?**

Sim. Não há contraindicação ao uso de produtos menstruais concomitantemente ao DIU. Existe alguma preocupação de que o uso do coletor aumente a chance de expulsão do DIU, de modo que é importante orientar cautela no momento de remoção do coletor, atentando para que o vácuo seja desfeito antes de puxá-lo. Orienta-se cuidado no processo de retirar absorvente interno, coletor e disco menstrual, para que os fios do DIU não sejam puxados junto, o que pode desposicionar o dispositivo.

## DISPOSITIVO INTRAUTERINO HORMONAL (DIU-LNG)

- **Apresentação disponível na rede municipal:** DIU de levonorgestrel 52mg
- **Eficácia:** MUITO ALTA
- **Taxa de falha:** 7 em 1.000 (uso rotineiro) // 5 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** Contraceptivo reversível de longa duração e alta eficácia, consistindo em um dispositivo que libera levonorgestrel (um progestágeno) dentro da cavidade uterina. Possui dois fios que cruzam o colo uterino, se exteriorizando na vagina, que permitem a sua fácil retirada. A formulação mais utilizada, disponível na rede municipal, tem formato de T e tamanho de 32mm de comprimento por 32mm de largura, sendo recomendada para úteros com histerometria entre 5,5cm e 10cm. A duração é de cinco anos. Sua atividade contraceptiva se dá pelo espessamento do muco cervical e alterações do endométrio, evitando a fecundação. Pode ter efeito anovulatório em cerca de 20% dos ciclos, porém trata-se de um mecanismo secundário.
- **Como usar:** Realizar inserção ambulatorial, e remover após cinco anos do uso, ou antes, se desejado.
- **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja certeza de que não há gravidez em curso. Não é necessário aguardar a menstruação. Recomendações referentes a situações particulares:
  - **Sem método ou em uso de método de barreira:** O DIU-LNG pode ser inserido até o sétimo dia da menstruação. Após o sétimo dia, o DIU só pode ser inserido se houver certeza de que não há gravidez em curso (ver o Anexo 4 na página 136). Orientar uso de método de apoio nos primeiros sete dias.
  - **Em uso de DIU:** Um novo DIU pode ser inserido imediatamente após a remoção do antigo.
  - **Em uso de método hormonal:** Se o método vinha sendo usado corretamente, sem falhas, o DIU pode ser inserido imediatamente, sem necessidade de aguardar a menstruação. Orientar uso de método de apoio nos primeiros sete dias.

- **Após o parto ou em aleitamento:** O DIU pode ser inserido ainda na maternidade, no pós-parto imediato, logo após a saída da placenta, ou no pós-parto precoce, até 48 horas após o parto. O DIU também pode ser inserido ambulatorialmente a partir de quatro semanas após o parto. Não se realiza a inserção do DIU no período pós-parto tardio (entre 48 horas e quatro semanas após o parto) devido ao risco aumentado de expulsão. Nos casos de aleitamento materno exclusivo com amenorreia lactacional, não é necessário método de apoio. Não esquecer de preencher e entregar para a gestante o passaporte do DIU, quando houver escolha pelo método, durante o pré-natal.
  - **Após abortamento:** Em até sete dias após abortamento de primeiro ou segundo trimestre, o DIU-LNG pode ser inserido imediatamente. Após sete dias, o DIU só pode ser inserido se houver certeza de que não há gravidez em curso (ver o Anexo 4 na página 136). Nos casos de interrupção da gestação no terceiro trimestre, seguir conforme orientações de pós-parto descritas no item anterior (“Após o parto ou em aleitamento”).
- **Contraindicações Absolutas (Categoria 4):**
- Suspeita de gestação;
  - Não ter iniciado a vida sexual;
  - Prolapso uterino total e distorções da cavidade uterina congênitas (malformações uterinas) ou adquiridas (miomas, pólipos) quando estas distorcem a cavidade uterina e impedem a introdução ou a permanência do DIU no interior da cavidade uterina;
  - Câncer do colo do útero ou de endométrio;
  - Doença trofoblástica gestacional em tratamento;
  - Sangramento uterino anormal de origem desconhecida, não sendo possível afastar condições graves;
  - Suspeita ou confirmação de processos infecciosos ginecológicos, como cervicite, doença inflamatória pélvica (DIP), endometrite crônica, aborto infectado ou tuberculose pélvica — a inserção do DIU pode ser realizada após o término do tratamento dessas afecções;
  - Câncer de mama atual.

**■ Contraindicações Relativas (Categoria 3):**

- Imunodepressão grave pelo HIV (CD4 < 200 células/mm<sup>3</sup>);
- Câncer de ovário;
- Câncer de mama tratado há mais de cinco anos;
- Episódio tromboembólico recente, como embolia pulmonar ou trombose venosa profunda;
- Hepatopatias graves, como cirrose descompensada e tumores malignos.

■ **Interações:** Não há interações clinicamente relevantes.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um dos métodos contraceptivos de maior eficácia, e por não necessitar de tomada diária, não há risco de esquecimento.</li> <li>■ Tem longa duração, de cinco anos, mantendo efeito contraceptivo por até sete anos.</li> <li>■ É facilmente removido, com retorno imediato da fertilidade.</li> <li>■ Reduz cólica e sangramento menstrual após alguns meses de uso. Costuma evoluir com amenorreia, o que pode ser um efeito desejável para algumas pessoas.</li> <li>■ Pode ser usado como tratamento de algumas condições ginecológicas que cursam com sangramento uterino aumentado e dismenorreia, como endometriose, adenomiose e miomatose.</li> <li>■ Pode ser usado com segurança durante o aleitamento materno.</li> <li>■ É fator de proteção contra o câncer de endométrio e de colo do útero, podendo ser usado para a prevenção da hiperplasia endometrial na terapia de reposição estrogênica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Demanda um profissional treinado para ser inserido.</li> <li>■ É comum ocorrerem mudanças no padrão do sangramento, podendo haver irregularidade e aumento do sangramento menstrual nos primeiros meses. Costuma evoluir com amenorreia, porém escapes menstruais (<i>spotting</i>) podem ocorrer.</li> <li>■ Raramente ocorrem complicações da inserção, como perfuração ou DIP.</li> <li>■ Em alguns casos pode ocorrer expulsão do dispositivo.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, acne e ganho de peso.</li> </ul>

## Procedimento de inserção

- Material necessário:

- Kit instrumental de inserção: histerômetro, pinça de Pozzi, pinça Cheron e tesoura de Mayo;
- Espéculo M ou G;
- Pacotes de gaze estéril;
- Luvas de procedimento;
- Clorexidina aquosa ou degermante;
- Foco de luz;
- Dispositivo intrauterino.

#### ■ **Passo 1 — Orientações pré-procedimento e preparo de ambiente acolhedor**

Informar mecanismo de ação, vantagens e desvantagens do método. Explicar as etapas do procedimento. Ainda que a efetividade seja variável, podem ser ofertadas estratégias de alívio da dor, sejam elas farmacológicas (analgésicos orais, anestesia cervical) ou não farmacológicas (aromaterapia, música ambiente etc.).

#### ■ **Passo 2 — Afastar possibilidade de gestação**

O DIU não deve ser inserido caso não seja possível excluir, com certeza, gravidez em curso (ver o Anexo 4 na página 138). O TIG deve ser oferecido quando há atraso menstrual de, pelo menos, sete dias ou relato de última menstruação de padrão diferente do habitual. O TIG tem baixa sensibilidade para diagnóstico de gravidez antes do atraso menstrual, portanto, um resultado negativo não afasta a possibilidade de gestação nesse contexto. Caso não seja possível afastar, com segurança, uma gravidez, reagende a inserção e oferte um método de espera.

#### ■ **Passo 3 — Realizar exame pélvico com toque bimanual, para avaliação e exclusão de contraindicações ao procedimento**

Na presença de dor à mobilização do colo, útero ou anexos, realize tratamento para DIP e programe a inserção após o término do tratamento.

#### ■ **Passo 4 — Passagem do espéculo com clara visualização do colo uterino**

Na presença de conteúdo vaginal anormal, com sinais de cervicite, prescreva o tratamento apropriado e programe a inserção após o término do tratamento.

■ **Passo 5 — Limpeza do colo e vagina com gaze e antisséptico apropriado (clorexidina aquosa ou degermante)**

Realizar movimentos circulares a partir do orifício externo utilizando pinça Cheron.

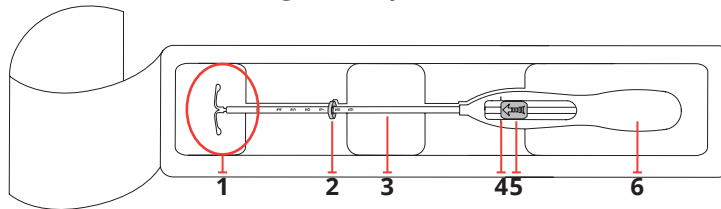
■ **Passo 6 — Pinçar o lábio anterior do colo com a pinça Pozzi**

Nesta etapa, pode ocorrer dor ou cólica. Sugere-se solicitar que a pessoa tussa ou respire fundo e solte durante o pinçamento, para reduzir o desconforto. O profissional também pode realizar anestesia local do colo com lidocaína spray 10%, lidocaína gel 4% ou lidocaína injetável, com ou sem vasoconstritor. Alternativamente, existem técnicas de inserção sem realização do pinçamento do colo.

■ **Passo 7 — Histerometria**

Tracionar suavemente a pinça, retificando o canal cervical, para facilitar a histerometria. Inserção suave de histerômetro até sentir a resistência do fundo uterino para medição do útero. Pode ocorrer uma leve resistência por volta de 2cm a 3cm de inserção, compatível com o orifício interno do colo cervical. Retirar o histerômetro e avaliar a medida da cavidade uterina. O DIU-LNG 52mg está indicado para cavidades uterinas entre 5,5cm e 10cm de comprimento, porém enquanto tratamento para determinadas condições que cursam com aumento do volume uterino (como miomatose), pode ser inserido com segurança em cavidades de até 14cm.

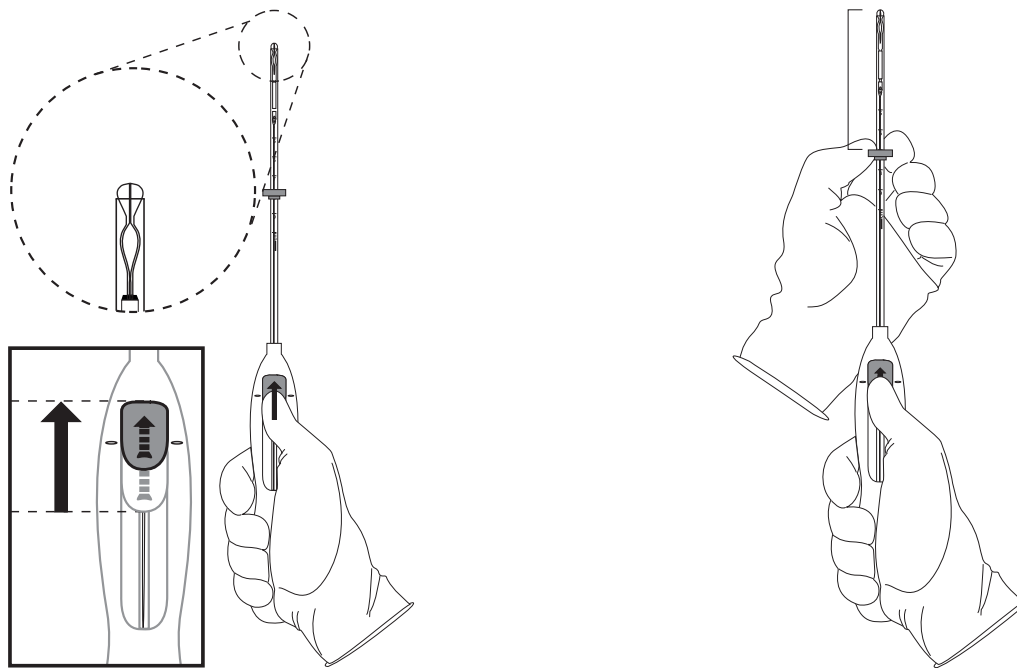
■ **Passo 8 — Abrir a embalagem completamente, sem tocar no dispositivo**



1. DIU-LNG
2. Anel de medição
3. Tubo de inserção com êmbolo e escala
4. Marca
5. Guia de deslizamento
6. Cabo com linhas dentro

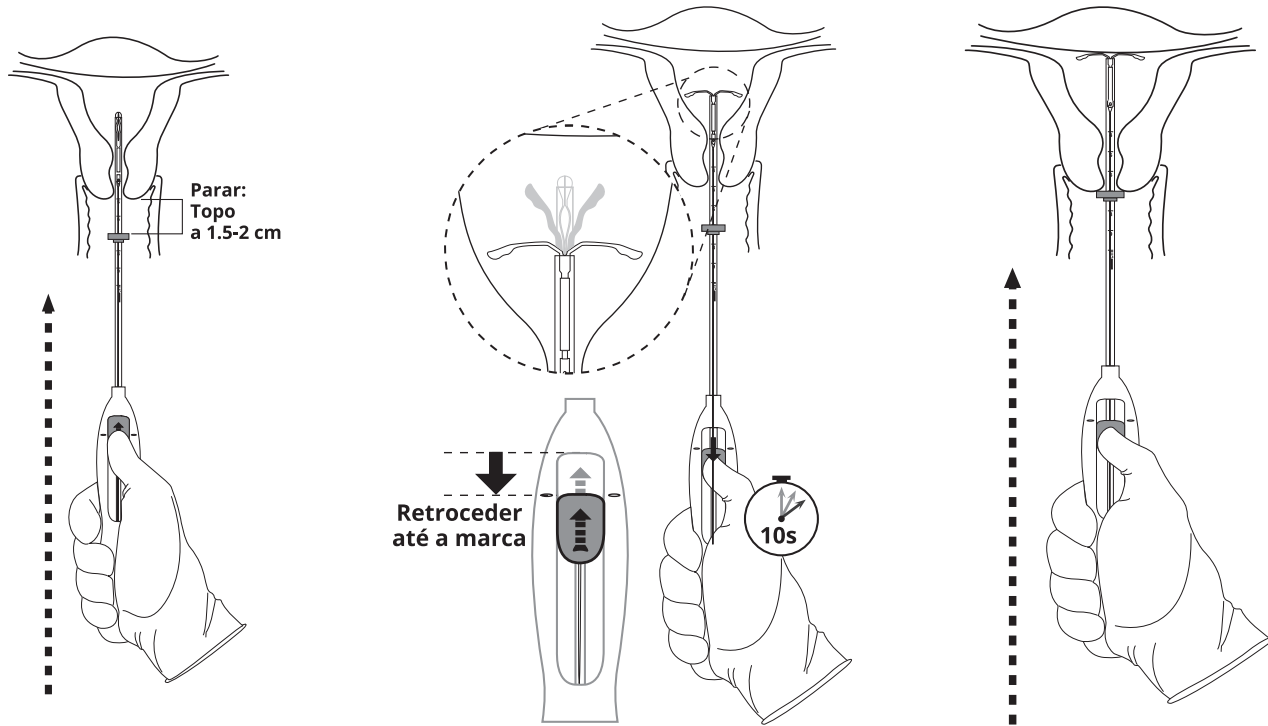
### ■ Passo 9 — Preparar o dispositivo para inserção

Fechar o dispositivo empurrando a guia de deslizamento para frente até o final. Atentar para não puxar a guia de deslizamento para baixo inadvertidamente, pois isso pode liberar prematuramente o DIU-LNG. Uma vez liberado, o dispositivo não poderá ser retraído novamente. Manter a guia de deslizamento na posição com o polegar e, com a outra mão, posicionar o anel de medição na altura da histerometria aferida. Caso estejam sendo usadas luvas não-estéreis, é fundamental tocar somente o anel, sem encostar no tubo de inserção ou no DIU-LNG.



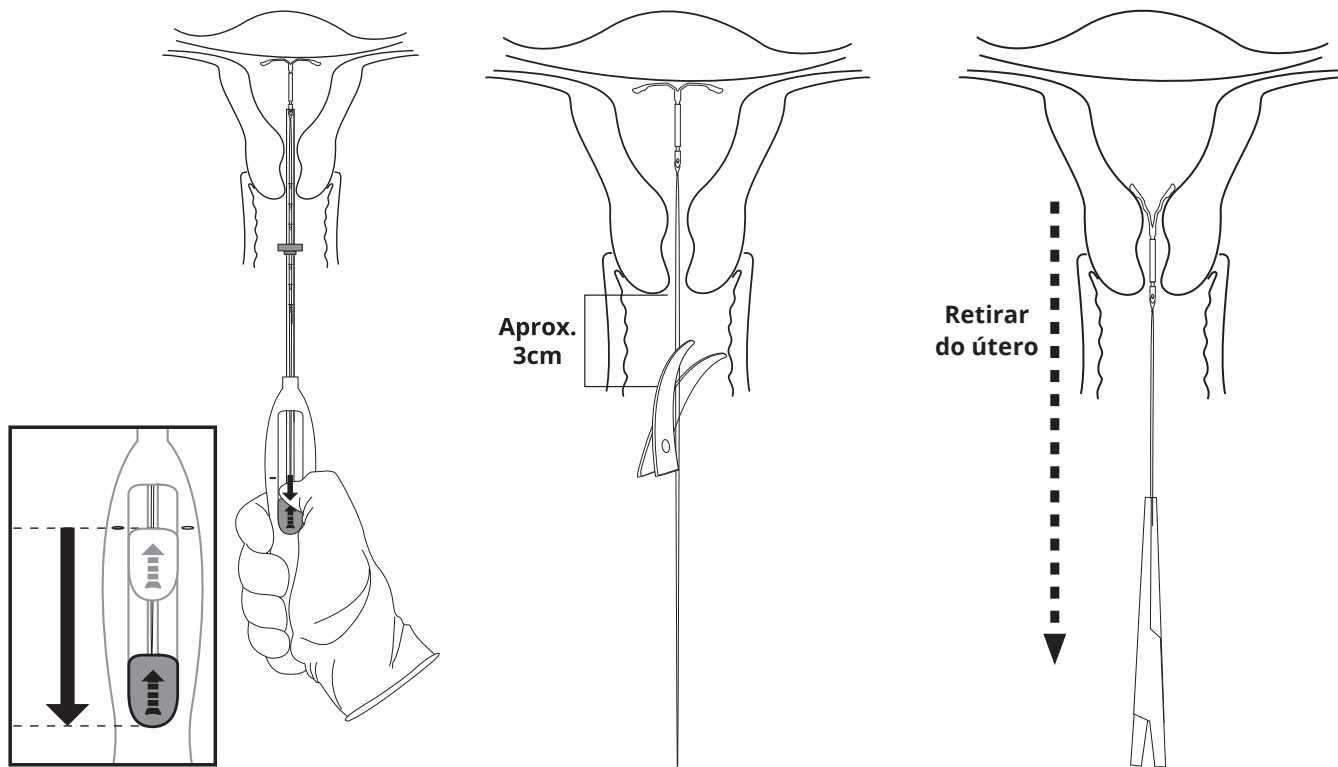
■ **Passo 10 — Inserir o dispositivo**

Mantendo a guia de deslizamento na posição com o polegar, introduzir o aplicador com cuidado através do canal cervical até o anel de medição estar, aproximadamente, a 2cm do colo. Puxar a guia de deslizamento para trás até a marca, para abrir as hastes horizontais do DIU-LNG. Aguardar de 5 a 10 segundos para as hastes se abrirem completamente.



Fonte: Bula do produto.

Empurrar gentilmente o aplicador para o fundo do útero, até o anel de medição encostar no colo, o que sinaliza que o DIU-LNG está posicionado no fundo do útero. Segurando firmemente o aplicador na posição, puxar a guia de deslizamento até o final, liberando o DIU na cavidade uterina.



Fonte: Bula do produto.

### ■ Passo 11 — Remova o aplicador e corte os fios

Retirar o aplicador gentilmente, expondo os fios. Cortar os fios a cerca de 3cm do colo, evitando deixá-los muito curtos, de forma a não serem sentidos na relação sexual e não dificultar a retirada do dispositivo.

### ■ Passo 12 — Orientações pós-inserção

Aguardar alguns minutos antes de solicitar que a pessoa se levante. Preencher o cartão do DIU com a data da inserção e da previsão de retirada em cinco anos. Pode haver cólica nos primeiros dias e sangramento leve, podendo ser feita aplicação de compressa morna e o uso de AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias. Orientar sinais de alarme: febre, corrimento purulento, dor abdominal intensa ou sangramento abundante.

- **Registro:** Ir em “Consulta Rápida — Inserção de DIU” no menu “Novo Ato” e, ao final, inserir o SIGTAP. Ou registrar no SOAP, selecionando o CID10 Z97.5 — Presença de dispositivo anticoncepcional intrauterino [DIU] e SIGTAP: 03.01.04.014-1 — INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).

## Manejando as principais intercorrências no procedimento

- As principais intercorrências e complicações do DIU-LNG são as mesmas do DIU de cobre. As condutas recomendadas diante de histerometria pequena, reação vagal, DIP pós-inserção, suspeita de gravidez ou de perfuração podem ser lidas nas páginas 47.

## Procedimento de retirada

- Igual ao DIU de cobre — ver página 46.

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um a três meses da inserção, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

- **O que abordar nas consultas?**

- Avaliar adesão ao DIU-LNG, se houve mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.
- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método, como câncer de mama, doença coronariana ou enxaqueca com aura.
- Nos casos de sangramento menstrual irregular após a inserção, orientar que se trata de um sintoma que costuma ter melhora evolutiva após os primeiros três a seis meses do início do método.
- Realizar toque vaginal e exame especular, observando se os fios estão visíveis e de tamanho esperado no colo uterino, e coletar o exame colpocitológico, quando indicado.
- Relembrar que o método tem duração de cinco anos e confirmar o ano previsto para sua substituição.

## Manejando as principais intercorrências no seguimento

- **Escape (*spotting*) e outras alterações menstruais:** O sangramento irregular no padrão de escape menstrual é comum, principalmente nos primeiros meses após a inserção. Trata-se de um efeito benigno, que não costuma necessitar de intervenção. Eventualmente, pode ocorrer aumento do sangramento durante o período de adaptação do método. Para alívio sintomático podem ser usados anti-inflamatórios não esteroidais, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias. É interessante estimular uma alimentação rica em ferro, como carnes, ovo, leguminosas e folhas verde-escuras para prevenção de anemia ferropriva. Após três a seis meses, espera-se melhora do sintoma, com redução progressiva do sangramento menstrual e eventualmente amenorreia. Se as alterações menstruais persistem ou se iniciam subitamente meses após a inserção, deve-se considerar a possibilidade de outras causas para o sangramento, como mal posicionamento ou expulsão parcial do dispositivo, gestação, cervicite ou displasia cervical.

**OBSERVAÇÃO:** Para ler sobre fios não localizados, expulsão do dispositivo e percepção dos fios pela parceria sexual, ver páginas 52).

## Mitos e dúvidas frequentes

- Ver página 53.

## IMPLANTE CONTRACEPTIVO HORMONAL

- **Apresentações disponíveis na rede municipal:** Etonogestrel 68mg // Levonorgestrel 75mg
- **Eficácia:** MUITO ALTA
- **Taxa de falha:** 1 em 1.000 (uso rotineiro) // 1 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** Pequena haste de plástico de comprimento semelhante ao de um palito de fósforo, que é implantado no subcutâneo do braço promovendo liberação lenta de um progestágeno, sendo o etonogestrel a formulação disponível no momento no Brasil. O mecanismo de ação é pela inibição da ovulação e pelo espessamento do muco cervical.
- **Como usar:** Realizar inserção ambulatorial no subcutâneo da região medial do braço (ver detalhes a seguir). Remover após três anos do uso, ou antes se desejado.
- **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja razoável certeza de que não há gravidez em curso. Recomendações referentes a situações particulares:
  - **Sem método ou em uso de método de barreira:** Se o implante for inserido até o sétimo dia da menstruação, não é necessário método de apoio. Se após o sétimo dia, orientar uso de preservativo nos primeiros sete dias.
  - **Em uso de DIU de cobre:** O implante pode ser inserido imediatamente, e o DIU, idealmente, deve ser removido após um mês. Caso haja necessidade de remoção imediata do DIU e a menstruação tenha ocorrido há mais de sete dias, orientar uso de preservativo nos sete dias seguintes.
  - **Em uso de método hormonal:** Se o método vinha sendo usado corretamente, sem falhas, o implante pode ser inserido imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Caso o método anterior seja de injetável, planejar a inserção por volta da data que teria sido aplicada a próxima dose.

- **Após o parto ou em aleitamento:** O implante pode ser inserido a qualquer momento após o parto, independentemente de estar ou não sendo realizada amamentação. Nos casos de aleitamento materno exclusivo com amenorrea lactacional, não é necessário método de apoio. Quando o aleitamento não for exclusivo ou a menstruação já tiver retornado, fazer uso de método de apoio nos primeiros sete dias.
- **Após abortamento:** Em até sete dias após o abortamento, o implante pode ser inserido imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Após sete dias do abortamento, orientar método de apoio nos sete dias seguintes.
- **Contraindicações e interações:** ver página 93.
- **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um dos métodos contraceptivos de maior eficácia existentes.</li> <li>■ É reversível, com retorno imediato da fertilidade.</li> <li>■ Tem longa duração, com efeito por até três anos.</li> <li>■ Por não necessitar de tomada diária, não há risco de esquecimento.</li> <li>■ Em geral, reduz cólica e sangramento menstrual após alguns meses de uso. Costuma evoluir com amenorrea, o que pode ser um efeito desejável para algumas pessoas.</li> <li>■ Pode ser usado com segurança durante o aleitamento materno.</li> <li>■ O procedimento de inserção é rápido e simples, sendo feito ambulatorialmente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É o método LARC de maior custo e menor duração.</li> <li>■ Demanda um profissional treinado para ser inserido e retirado.</li> <li>■ Raramente ocorrem complicações da inserção, como infecção local ou expulsão.</li> <li>■ É comum ocorrerem mudanças no padrão do sangramento, podendo haver irregularidade e aumento da duração e do volume menstrual nos primeiros meses.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, acne e ganho de peso.</li> <li>■ Em alguns casos a retirada pode ser dificultada por aderência do implante ou aumento importante do volume de tecido adiposo por ganho de peso após inserção.</li> </ul>

## Procedimento de inserção

### ■ Passo 1 — Orientações pré-procedimento

Informar mecanismo de ação, vantagens e desvantagens do método. Explicar as etapas do procedimento.

### ■ Passo 2 — Afastar possibilidade de gestação (ver o Anexo 4 na página 136)

Não há malefícios conhecidos em caso de inserção acidental durante a gravidez. No entanto, devido, inclusive, ao alto custo do método, o implante não deve ser inserido caso não seja possível descartar gestação.

### ■ Passo 3 — Posicionar a pessoa usuária

Deitá-la sobre a maca de procedimento em decúbito dorsal, com o braço não dominante flexionado e a mão abaixo da cabeça.

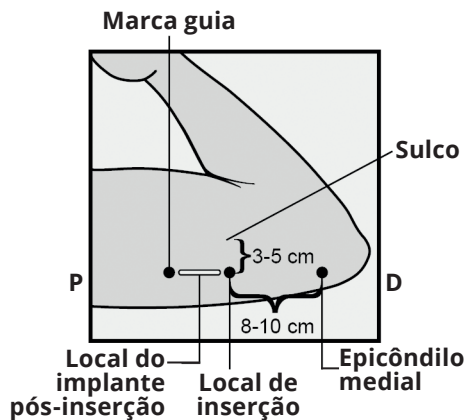


Fonte: Bula do produto.

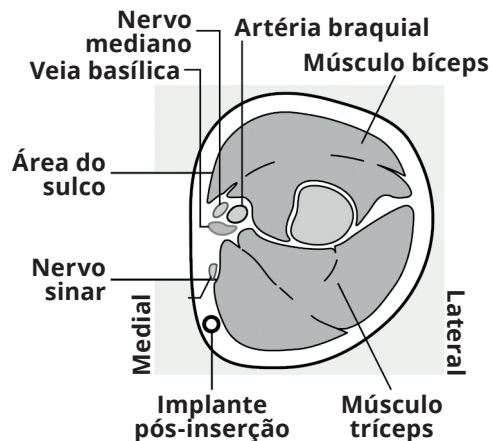
### ■ Passo 4 — Identificar local da inserção

O implante deve ser inserido subdermicamente, logo abaixo da pele, de 8cm a 10cm acima do epicôndilo medial do úmero, e 3cm a 5cm posterior ao sulco entre os músculos bíceps e tríceps, de modo a evitar os vasos sanguíneos e nervos que passam pela região.

### VISUALIZAÇÃO DA REGIÃO ANTERIOR DE BRAÇO E ANTEBRAÇO



### CORTE TRANSVERSAL DO BRAÇO SUPERIOR ESQUERDO VINDO DO COTOVELO



Fonte: Bula do produto.

#### ■ Passo 5 — Marcação

Fazer duas marcas com marcador cirúrgico na pele, a primeira no ponto onde o implante será inserido e a segunda a 5cm de distância do primeiro ponto, subindo na direção do ombro, para orientar a direção da inserção (marca guia).

#### ■ Passo 6 — Limpeza

Com o uso de clorexidina ou outro antisséptico, realizar limpeza da pele desde o local da inserção até a marca guia.

#### ■ Passo 7 — Anestesia

Anestesiá-la área da inserção com uma ampola de 2mL de lidocaína 1%, logo abaixo da pele ao longo do trajeto de inserção planejado, provocando uma elevação da pele com o volume de anestésico.

### ■ Passo 8 — Retirar aplicador da embalagem e inserir

Inserir o implante usando aplicador conforme instruções do fabricante. Orienta-se que o profissional esteja sentado, observando a partir de uma vista lateral ao aplicador, e não acima, de forma a facilitar a inserção subdérmica.

### ■ Passo 9 — Curativo

Aplicar curativo sobre o local da incisão, não sendo necessário realizar sutura. Verificar a presença e o posicionamento do implante palpando a região. Cobrir com gaze e faixa compressiva, para proteger e minimizar a formação de equimose.

### ■ Passo 10 — Orientações pós-inserção

Preencher o cartão do implante com a localização do mesmo, data da inserção e da previsão de retirada em três anos. Orientar que a região deve ser mantida seca nos primeiros dias. A faixa pode ser retirada após 24 horas, e o curativo após a cicatrização, em geral depois de três a cinco dias. Pode haver dor nos primeiros dias e formação de equimose no local, podendo ser realizada compressa com gelo (atentando para não molhar o curativo) e uso de analgésicos. Orientar sinais de alarme: infecção local (eritema, dor intensa, presença de pus, febre) ou expulsão do dispositivo.

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um a três meses da inserção, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao implante, se houve mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.
- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método, como câncer de mama ou enxaqueca com aura.
- Aferir a pressão arterial e o peso.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.
- Lembrar que o método tem duração de três anos e confirmar a data que deverá ser retirado.

## Procedimento de retirada

### ■ Passo 1 — Orientações pré-procedimento

Explicar as etapas do procedimento. Confirmar a localização do implante conforme registrado no cartão e pela palpação do mesmo sob a pele.

### ■ Passo 2 — Posicionamento e localização do implante

Deitar a pessoa sobre a maca de procedimento em decúbito dorsal, com o braço não dominante flexionado e a mão abaixo da cabeça. Marcar as extremidades do implante com marcador cirúrgico.

### ■ Passo 3 — Limpeza

Com o uso de clorexidina ou outro antisséptico, realizar limpeza da pele ao longo de toda a topografia do implante.

### ■ Passo 4 — Anestesia

Anestesiar com uma ampola de 2mL de lidocaína 1% a área sob o implante, uma vez que deste modo a elevação pelo volume de anestésico não dificulta a palpação e retirada do implante.

### ■ Passo 5 — Retirada

Empurrar para baixo a extremidade do implante mais próxima do ombro, de modo a estabilizá-lo e provocando a elevação da outra ponta, mais próxima do cotovelo, em direção à pele. Fazer uma pequena incisão paralela ao implante e empurrá-lo delicadamente até que a extremidade seja visível na incisão. Pinçar o implante e retirá-lo puxando cuidadosamente. Medir o implante (4cm), para confirmar que não houve quebra do mesmo.

### ■ Passo 6 — Curativo

Cobrir a incisão com curativo e colocar uma gaze estéril e faixa compressiva, para proteger e minimizar a formação de equimose.

### ■ Passo 7 — Orientações pós-inserção

Orientar que a região deve ser mantida seca nos primeiros dias. A faixa pode ser retirada após 24 horas, e o curativo após a cicatrização, em geral depois de três a cinco dias. Pode haver dor nos primeiros dias e formação de equimose no local, podendo ser realizada compressa com gelo (atentando para não molhar o curativo) e uso de analgésicos. Avaliar necessidade de início de outro método contraceptivo ou de realização de orientações pré-concepcionais.

### Manejando as principais intercorrências

- **Infecção local após inserção do implante:** Deve-se suspeitar de infecção quando ocorre o aparecimento de sinais como eritema, calor local, dor e secreção purulenta no sítio do procedimento. Orienta-se higiene local com água e sabão ou antisséptico e antibioticoterapia por 7 a 10 dias com esquema terapêutico próprio para infecções de pele, como cefalexina 500mg de 6 em 6 horas ou amoxicilina 500mg de 8 em 8 horas. Caso ocorra formação de abscesso, realizar incisão local e drenagem, além do tratamento com antibiótico. A pessoa usuária deve ser orientada a retornar após o término do tratamento para reavaliação, ou antes em caso de ocorrência de sintomas sistêmicos. Caso não tenha havido resolução do quadro após o tratamento, o implante deve ser removido.
- **Expulsão do implante:** A expulsão do implante é um evento raro, em geral dentro do primeiro mês após a inserção ou como consequência de infecção local, o que prejudica a cicatrização. Havendo expulsão, o implante pode ser imediatamente substituído por outro, desde que não haja infecção local em curso.
- **Sangramento aumentado, irregular ou escape menstrual:** Orientar que mudanças no padrão da menstruação são comuns após o início do uso do implante, em particular nos primeiros meses, quando podem ocorrer episódios de sangramento aumentado, prolongado e irregular. Esse efeito costuma ter melhora espontânea após o primeiro ano de uso, podendo, inclusive, evoluir para amenorreia. Deve-se também afastar a possibilidade de causas infecciosas para o sangramento, como cervicite e DIP. Para sangramentos de volume leve a moderado, pode ser feito o uso de AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias no mês. Para sangramentos mais intensos, avaliar o uso de contraceptivos orais combinados contendo levonorgestrel e etinilestradiol durante 21 dias. Também deve-se orientar cuidados alimentares e, se necessário, prescrever sulfato ferroso, pelo risco de anemia. Caso o sangramento continue após três meses de manejo conservador ou tenha início súbito em pacientes que já vinham fazendo uso do método, outras causas devem ser investigadas.

- **Implante não palpável ou remoção difícil:** Quando a técnica de inserção não é apropriada, pode ocorrer inserção do implante em camadas mais profundas do braço, o que impede a palpação do mesmo. Implantes que tenham sido inseridos profundamente devem ser localizados e removidos assim que possível, devido ao risco de migração distante. Além disso, implantes inicialmente superficiais podem se tornar impalpáveis após ganho de peso importante com aumento do tecido adiposo no local. Os implantes modernos são radiopacos, podendo ser localizados com radiografia simples. Há situações em que o implante é palpável, porém, devido processo de fibrose e adesão importante, a retirada é difícil. Tanto nesses casos como naqueles em que o implante não é palpável (após confirmada a localização por exame de imagem), a retirada deve ser realizada em serviço especializado, via encaminhamento para especialista focal (“Dermatologia — Pequenos Procedimentos”).

## Mitos e dúvidas frequentes

- **Se o implante não for retirado após três anos, pode haver riscos à saúde?**

O implante em si não traz riscos por ser deixado mais tempo, porém os níveis hormonais irão decair com o tempo, tornando o método ineficaz e podendo, eventualmente, ocorrer uma gestação indesejada. Dessa forma, o implante deve ser removido após os três anos de uso, uma vez após esse prazo, a pessoa usuária pode seguir apresentando os efeitos adversos de uso de progestágeno, sem contudo ter qualquer benefício contraceptivo.

- **O implante contraceptivo é a mesma coisa que os implantes chamados de “chip da beleza”?**

Não. Até o momento, os implantes hormonais popularmente chamados de “chips”, cuja composição hormonal é variada, não possuem aprovação pela ANVISA, não havendo estudos consistentes sobre sua segurança, principalmente a longo prazo, sua eficácia, riscos, efeitos colaterais ou efeito contraceptivo. Seu uso, portanto, atualmente não é recomendado. Já o implante contraceptivo de etonogestrel 68mg é um método anticoncepcional seguro, de funcionamento conhecido e com fabricação regulamentada pela ANVISA.

### 3. MÉTODOS COMBINADOS

Os métodos combinados são assim chamados pois combinam dois hormônios — um estrogênio e uma progesterona —, sendo a inibição da ovulação o principal mecanismo de ação. Neste guia são abordados os seguintes métodos combinados: anticoncepcional oral combinado (AOC), anticoncepcional injetável mensal (AIM), anel vaginal e o adesivo transdérmico.

#### ■ **Contraindicações Absolutas (Categoria 4):**

- Enxaqueca com aura, independentemente da idade.
- Diabetes com lesão de órgão-alvo (renal, visual ou neurológica) ou com mais de 20 anos de evolução.
- Tabagismo de 15 ou mais cigarros ao dia quando a idade é igual ou maior que 35 anos. Exceção: o AIM é classificado Categoria 3 nesse caso.
- Hipertensão grau 2 (PA sistólica  $\geq$  160mmHg ou diastólica  $\geq$  100mmHg).
- História de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico.
- Alto risco cardiovascular, devido à presença de múltiplas comorbidades de risco: tabagismo, diabetes, hipertensão e idade avançada.
- História atual ou prévia de evento tromboembólico (trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar).
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada.
- Trombofilias.
- Valvulopatias graves.
- Lúpus eritematoso sistêmico com positividade para anticorpos antifosfolídeos.
- Hepatopatias graves, como cirrose descompensada e tumores malignos. Exceção: o AIM é classificado Categoria 3 nesse caso.
- Câncer de mama atual.

**■ Relativas (Categoria 3):**

- Enxaqueca sem aura quando a idade é igual ou maior que 35 anos.
- Idade igual ou maior que 35 anos com tabagismo menor que 15 ao dia. Exceção: o AIM é classificado Categoria 2 nesse caso.
- Hipertensão controlada ou grau 1 (PA sistólica até 159mmHg ou diastólica até 99mmHg).
- Doença da vesícula biliar sintomática. Exceção: o AIM é classificado Categoria 2 nesse caso.
- Câncer de mama tratado há mais de cinco anos.

**■ Interações (Categoria 3):**

- Podem reduzir o efeito anticoncepcional: rifampicina e certos anticonvulsivantes (p.ex.: carbamazepina, topiramato, fenitoína). Exceção: o AIM é classificado Categoria 2 nesse caso.
- O contraceptivo pode reduzir o efeito da medicação: lamotrigina.

**ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO (AOC)**

- **Apresentação disponível na rede municipal:** Levonorgestrel 0,15mg + etinilestradiol 0,03mg
- **Eficácia:** ALTA
- **Taxa de falha:** 70 em 1.000 (uso rotineiro) // 3 em 1.000 (uso perfeito)

**Informações gerais**

- **O que é:** Chamado também de pílula anticoncepcional, o AOC consiste em comprimidos contendo dois hormônios combinados — um estrogênio e uma progesterona — que atuam inibindo a ovulação, além de provocar alterações nas características do endométrio e do muco cervical. A apresentação disponível na rede municipal é o levonorgestrel

com etinilestradiol, uma formulação monofásica, isto é, cada pílula contém a mesma composição. Existem diversos outros AOC de diferentes estrógenos e progestágenos, em variadas dosagens e tempos de pausa. Todos possuem basicamente os mesmos efeitos adversos, contraindicações e eficácia, com discretas distinções entre eles.

- **Como usar:** Tomar 1 comprimido ao dia, sempre no mesmo horário, evitando atraso por mais de 12 horas. Tomar durante 21 dias até o término da cartela, pausar por sete dias, recomeçando nova cartela no oitavo dia, independentemente do dia do início do fluxo menstrual. Dessa forma, as cartelas iniciarão sempre no mesmo dia da semana.
- **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja razoável certeza de que não há gravidez em curso. Recomendações referentes a situações particulares:
  - **Sem método ou em uso de método de barreira:** Se o AOC for iniciado até o quinto dia da menstruação, não é necessário método de apoio. Se após o quinto dia, orientar uso de preservativo nos primeiros sete dias.
  - **Em uso de DIU de cobre:** O AOC pode ser iniciado imediatamente, e o DIU idealmente deve ser removido após o término da primeira cartela. Caso haja necessidade de remoção imediata do DIU e a menstruação tenha ocorrido há mais de cinco dias, orientar uso de preservativo nos primeiros sete dias.
  - **Em uso de método hormonal:** Para troca entre AOC, começar a nova pílula no primeiro dia após a pausa, isto é, no dia em que seria iniciada uma nova cartela. Caso o método anterior seja uma contracepção injetável, orientar o início da pílula na data que teria sido aplicada a próxima dose.
  - **Após o parto ou em aleitamento:** Quando a amamentação não está sendo realizada, o AOC pode ser iniciado após seis semanas do parto. Já nos casos de aleitamento materno, recomenda-se aguardar seis meses ou a introdução alimentar, pelo risco teórico de redução da produção de leite. Não se deve iniciar o AOC antes de seis semanas pós-parto devido ao risco aumentado de eventos tromboembólicos.
  - **Após abortamento:** Após abortamento de primeiro ou segundo trimestre, o AOC pode ser iniciado imediatamente. Após sete dias do abortamento, orientar método de apoio nos sete dias seguintes. Nos casos de interrupção da gestação no terceiro trimestre, aguardar seis semanas, pelo risco aumentado de eventos tromboembólicos.

■ **Contraindicações e interações:** ver página 75.

■ **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ O acesso e o uso são fáceis.</li> <li>■ A própria pessoa controla o uso, o que pode proporcionar maior autonomia, por exemplo, ao escolher o melhor horário de tomada.</li> <li>■ Reduz cólica e sangramento menstrual, útil no controle de condições como anemia ferropriva e endometriose.</li> <li>■ Pode reduzir acne, hirsutismo e irregularidade menstrual.</li> <li>■ É fator de proteção contra o câncer de endométrio e de ovário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A falta de adesão e o uso da forma rotineira (com atrasos e esquecimentos) reduzem a eficácia do método.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido e escape menstrual. Em algumas pessoas pode haver piora da acne, porém é mais comum haver melhora da acne.</li> <li>■ Pode levar a um aumento da pressão arterial sistêmica durante o uso.</li> <li>■ Aumenta o risco de eventos cardiovasculares e tromboembólicos.</li> <li>■ O impacto no risco de desenvolver câncer de mama é incerto.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um mês do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão à pílula — regularidade na ingestão, tolerância e efeitos adversos.

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método, como tabagismo, enxaqueca com aura e hipertensão arterial sistêmica.
- Aferir a pressão arterial e o peso.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

### ■ **Atraso ou esquecimento de tomada da pílula:**

- **Atraso de 1 pílula, inferior a 12 horas:** Tomá-la assim que lembrar. O efeito contraceptivo não se altera.
- **Esquecimento de 1 pílula ou atraso no início da nova cartela em até dois dias:** Tomar a pílula em atraso de imediato, e a seguinte no horário de costume, mesmo que isso signifique tomar duas pílulas no mesmo dia ou ao mesmo tempo. Nesses casos, o risco de gravidez é muito baixo.
- **Esquecimento de duas ou mais pílulas:** Tomar a pílula de imediato e usar método de apoio nos sete dias seguintes. Além disso, avaliar a necessidade de uso de contraceptivo de emergência caso tenha ocorrido relação nos últimos cinco dias. Se o esquecimento de duas ou mais pílulas tiver ocorrido já no final da cartela, entre os dias 14 e 21 do ciclo, recomenda-se não realizar a pausa naquele mês, iniciando a nova cartela assim que for terminada a atual.
- **Esquecimentos frequentes:** Abordar se há interesse na troca para método de maior duração e ofertar alternativas, como DIU e injetáveis.

### ■ **Vômitos ou diarreia após a tomada da pílula:** Se os vômitos ocorrerem em até quatro horas após a ingestão da pílula, deve-se tomar um novo comprimido (de outra cartela). Quando o vômito ocorre após quatro horas, não é necessário repetição. No caso de diarreia intensa ou vômitos com duração de dois ou mais, recomenda-se o uso de método de apoio nos sete dias seguintes e de contracepção de emergência caso tenha ocorrido relação sexual nos últimos cinco dias.

### ■ **Sangramento irregular e escape menstrual:** Investigar se o uso da pílula está sendo feito de forma regular ou se vêm ocorrendo esquecimentos. É fundamental afastar a possibilidade de causas infecciosas, como cervicite e DIP. É importante pontuar que o sangramento irregular, principalmente no padrão de escape, é comum nos primeiros

meses após o início do método. Nesses casos, trata-se de uma queixa que costuma ter melhora espontânea após os primeiros três meses de uso. Para redução temporária do sintoma, pode ser feito o uso de AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por cinco dias. Caso o sangramento continue após três meses ou tenha início súbito em pacientes que já vinham fazendo uso do método, outras causas devem ser investigadas.

- **Ausência de sangramento no intervalo entre as cartelas ou após interrupção do AOC:** Caso não ocorra menstruação após os sete dias de pausa, a próxima cartela deve ser iniciada normalmente no oitavo dia. É recomendado procurar o serviço de saúde para realização de teste de gravidez. Descartada a hipótese de gestação, orientar que algumas pessoas podem apresentar amenorreia em uso da pílula, o que não consiste em problema de saúde e tampouco traz complicações. Após a interrupção do uso do método, a maior parte das pessoas terá o retorno da menstruação em até 30 dias. Caso após três meses sem uso de método contraceptivo hormonal não tenha ocorrido menstruação, deve-se descartar gestação e iniciar investigação para amenorreia secundária.
- **Suspeita de menopausa:** Define-se menopausa como a ausência de menstruação (amenorreia) por 12 meses consecutivos, em geral a partir dos 45 anos. O uso de métodos hormonais combinados pode mascarar o climatério, de forma que pode ser necessário realizar a confirmação laboratorial da menopausa. A partir dos 50 anos, realiza-se a interrupção da pílula por um mês, seguida de dosagem de FSH. Deve ser feito uso de um método não hormonal durante esse período, como o preservativo. Valores de FSH > 40mUI/mL nesse contexto são altamente sugestivos de climatério, podendo ser realizada a interrupção do AOC.

## Mitos e dúvidas frequentes

- **É recomendado parar o AOC após muito tempo de uso, como um “descanso do hormônio”?**

Não. Não há evidência de que realizar interrupção do AOC traga qualquer benefício para a saúde. Além disso, interromper o método contraceptivo apresenta o risco de gestação não planejada.

- **O uso prolongado de AOC pode gerar infertilidade?**

Não. O retorno à fertilidade após a interrupção do AOC é rápido, em geral no mesmo mês. Eventualmente, o retorno da fertilidade e da menstruação no padrão usual poderá demorar até três meses para ocorrer.

■ **O uso do AOC na gravidez pode provocar abortamento ou malformações?**

Não. Os estudos científicos mostram que, caso uma pessoa faça uso do AOC, por exemplo, por não saber que está gestante, não há risco aumentado de abortamento ou de efeitos deletérios ao feto.

■ **O uso de AOC aumenta o risco de câncer?**

Não há aumento no risco geral de desenvolver câncer entre pessoas que fazem ou fizeram uso de contraceptivos hormonais combinados (CHC). Os estudos sugerem que talvez haja um pequeno aumento na incidência de alguns tipos de câncer e a redução na de outros. O uso atual ou passado de CHC reduz o risco de câncer de ovário e de endométrio ao longo da vida. Também parece haver alguma redução no risco de câncer colorretal. Por outro lado, o uso de CHC por cinco anos ou mais parece aumentar temporariamente o risco de câncer do colo do útero. O efeito sobre o câncer de mama é difícil de ser avaliado, pois alguns estudos mostram aumento da incidência e outros não. Até o momento, o que se sabe é que, caso o uso de CHC leve a um aumento do risco de desenvolver câncer de mama, esse aumento é muito pequeno.

■ **Pessoas com história familiar de câncer de mama podem fazer uso de AOC?**

Sim. Os estudos mostram que o uso de contraceptivos hormonais combinados em pessoas com história familiar de câncer de mama não parece aumentar o risco de desenvolver a doença.

■ **O AOC pode ser usado sem pausa?**

Sim. Algumas pessoas podem preferir fazer uso continuado da pílula, sem a pausa de sete dias, emendando uma cartela na outra. O uso dessa forma só é possível em formulações monofásicas (quando todos os comprimidos têm a mesma composição), como a apresentação de levonorgestrel 0,15mg + etinilestradiol 0,03mg disponível na rede. Essa prática pode ser benéfica para pessoas que experienciam sintomas desagradáveis durante a pausa, como cefaleia, síndrome pré-menstrual, dismenorria ou sangramento intenso. Por outro lado, podem ocorrer episódios de sangramento irregular, no padrão de escape. Nesses casos, recomenda-se pausar o AOC por três a quatro dias antes de retornar ao uso continuado da pílula.

## ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL MENSAL (AIM)

- **Apresentações disponíveis na rede municipal:**
  - Enantato de noretisterona 50mg/mL + valerato de estradiol 5mg/mL
  - Acetato de medroxiprogesterona 25mg/0,5mL + cipionato de estradiol 5mg/0,5mL
- **Eficácia:** ALTA
- **Taxa de falha:** 30 em 1.000 (uso rotineiro) // 1 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** Os injetáveis mensais são métodos hormonais combinados de um estrogênio e uma progesterona, da mesma forma que os anticoncepcionais orais combinados. O mecanismo de ação também é semelhante, inibindo a ovulação, além de reduzir a motilidade tubária e gerar alterações no endométrio e no muco cervical. Contudo, como o AIM não sofre efeito de primeira passagem por metabolização hepática, apresenta menor impacto que os AOC sobre a pressão arterial, perfil lipídico, metabolismo hepático ou o risco de eventos tromboembólicos. Existem diversas formulações com diferentes estrógenos e progesteonas.
- **Como usar:** Aplicar 1 ampola via IM a cada 30 dias. A injeção pode ser adiantada ou atrasada em três dias.
- **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja razoável certeza de que não há gravidez em curso. Recomendações referentes a situações particulares:
  - **Sem método ou em uso de método de barreira:** Se o AIM for iniciado até o sétimo dia da menstruação, não é necessário método de apoio. Se após o sétimo dia, orientar uso de preservativo nos sete dias seguintes.
  - **Em uso de DIU de cobre:** O AIM pode ser iniciado imediatamente, e o DIU idealmente deve ser removido após o primeiro mês de uso. Caso haja necessidade de remoção imediata do DIU e a menstruação tenha ocorrido há mais de sete dias, orientar uso de preservativo nos sete dias seguintes.

- **Em uso de método hormonal:** Caso o método venha sendo usado de forma correta e consistente, o AIM pode ser iniciado imediatamente. Para troca entre AIM, realizar a injeção na data que estava programada a próxima dose. Não é necessário método de apoio.
- **Após o parto ou em aleitamento:** Quando a amamentação não está sendo realizada, o AIM pode ser iniciado após seis semanas do parto. Já nos casos de aleitamento materno, recomenda-se aguardar seis meses ou a introdução alimentar, pelo risco teórico de redução da produção de leite. Não se deve iniciar o AIM antes de seis semanas pós-parto devido ao risco aumentado de eventos tromboembólicos.
- **Após abortamento:** Após abortamento de primeiro ou segundo trimestre, o AIM pode ser iniciado imediatamente. Após sete dias do abortamento, orientar método de apoio nos sete dias seguintes. Nos casos de interrupção da gestação no terceiro trimestre, aguardar seis semanas, pelo risco aumentado de eventos tromboembólicos.
- **Contraindicações e interações:** ver página 75.
- **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Não necessita de tomada diária, o que reduz o risco de esquecimento e aumenta a eficácia.</li> <li>■ Reduz cólica e sangramento menstrual, útil no controle de condições como anemia ferropriva e endometriose.</li> <li>■ Pode reduzir acne, hirsutismo e irregularidade menstrual.</li> <li>■ É fator de proteção contra o câncer de endométrio e de ovário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Requer idas mensais à unidade de saúde.</li> <li>■ O uso pode não ser bem tolerado por pessoas que se sentem desconfortáveis com injeções.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas e mudanças na libido. Em algumas pessoas pode haver piora da acne, porém é mais comum haver melhora da acne.</li> <li>■ Podem ocorrer mudanças no padrão do sangramento, como escape ou mesmo ausência de menstruação.</li> <li>■ Pode levar a um aumento da pressão arterial e do risco de eventos tromboembólicos durante o uso, ainda que o impacto seja menor que o do AOC. Contraindicada nos casos de Hipertensão Arterial Sistêmica.</li> <li>■ O impacto no risco de desenvolver câncer de mama é incerto.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um a três meses do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão à injeção, se houve atrasos, mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método, como tabagismo, enxaqueca com aura e hipertensão arterial sistêmica.
- Aferir a pressão arterial e o peso.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Atraso na dose do anticoncepcional injetável mensal:** Nos casos de atrasos de até três dias (última dose há 33 dias), aplicar a nova dose imediatamente, não sendo necessária conduta adicional. Para atrasos de mais de três dias, com relação sexual desprotegida após esse período, avaliar indicação de contracepção de emergência (relação há menos de cinco dias). A nova dose pode ser aplicada imediatamente se afastada possibilidade de gestação em curso, devendo ser feito uso de método de apoio nos primeiros sete dias. É importante procurar entender o motivo do atraso e propor soluções.
- **Sangramento aumentado, irregular ou escape menstrual:** Orientar que mudanças no padrão da menstruação são comuns nos primeiros meses após o início do uso de AIM, e costumam ter resolução espontânea em até três meses. É fundamental afastar a possibilidade de causas infecciosas, como cervicite e DIP. Para redução temporária do sintoma, pode ser feito o uso de AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias no mês. No sangramento aumentado, orientar cuidados alimentares e, se necessário, prescrever sulfato ferroso, pelo risco de anemia. Caso o sangramento continue após três meses ou tenha início súbito em pacientes que já vinham fazendo uso do método, outras causas devem ser investigadas.
- **Ausência de sangramento entre as doses:** Algumas pessoas (cerca de 2%) podem apresentar amenorreia em uso de AIM. É importante orientar que a ausência de menstruação nesses casos não consiste em problema de saúde e tampouco traz complicações. Caso exista suspeita de gravidez (principalmente quando houver relato de atraso na aplicação da dose em mais de três dias ou sintomas sugestivos de gestação), ofertar a realização de teste de gravidez. A próxima dose pode ser aplicada normalmente em caso de TIG negativo, mesmo que a suspeita de gravidez permaneça e seja necessário repetir o TIG mais tarde, uma vez que o uso do AIM não traz prejuízos ao feto.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ Qual a diferença entre o injetável mensal (AIM) e o trimestral (AIT)?

O AIM necessita de idas mais frequentes à unidade de saúde que o AIT (12 visitas ao ano para o AIM versus quatro visitas para o AIT). Além disso, o AIT é composto apenas de progesterona, enquanto o AIM contém também estrogênio, o que o torna um método combinado. Isso significa que são contraceptivos com diferentes contraindicações, principalmente no que diz respeito ao risco cardiovascular e de eventos tromboembólicos (ver página 75). A maior diferença observada entre os anticoncepcionais injetáveis é o efeito sobre o padrão do sangramento menstrual. Com o AIM, o sangramento tende a ser mais regular, de frequência mensal. Já no AIT, irregularidades ou episódios de sangramento aumentado são comuns no início do uso, sendo comum a amenorreia após alguns meses.

### ■ Quanto tempo após a interrupção do AIM é esperado o retorno da fertilidade?

A gravidez pode ocorrer após um mês da última dose. Mais de 50% das pessoas terão engravidado nos seis primeiros meses após a interrupção do uso.

### ■ O uso do AIM na gravidez pode provocar abortamento ou malformações?

Não. Os estudos científicos mostram que, caso uma pessoa faça uso do AIM, por exemplo, por não saber que está gestante, não há risco aumentado de abortamento ou de efeitos deletérios ao feto.

## ANEL VAGINAL

■ Apresentação existente, mas não disponível na rede municipal: Etonogestrel 11,7mg + etinilestradiol 2,7mg

■ Eficácia: ALTA

■ Taxa de falha: 70 em 1.000 (uso rotineiro) // 3 em 1.000 (uso perfeito)

## Informações gerais

- **O que é:** O anel vaginal é um método contraceptivo hormonal combinado constituído de um anel flexível e transparente que contém etinilestradiol e etonogestrel distribuídos uniformemente. O anel é posicionado no fundo da vagina, com absorção dos hormônios através da mucosa e efeito semelhante ao do anticoncepcional oral combinado, isto é, inibição da ovulação e alterações do muco cervical.
- **Como usar:** Na posição que for mais confortável e mãos limpas, apertar o anel entre seu polegar e dedo indicador, até que os dois lados fiquem juntos. Inserir o anel no fundo da vagina e fazer uso contínuo por 21 dias, removendo somente ao término desse período. Realizar pausa por sete dias e inserir novo anel no oitavo dia. A posição do anel na vagina pode variar, desde que fique inteiramente dentro do canal o tempo todo, dia e noite.



Fonte: Manual da OMS “Family Planning: a Global Handbook for Providers — 2018 Edition”.

- **Quando iniciar:** Mesmas orientações que as do anticoncepcional oral combinado — ver página 77.
- **Contraindicações e interações:** Ver página 75.
- **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Não necessita de tomada diária, o que reduz o risco de esquecimento.</li> <li>■ A própria pessoa controla o uso, o que pode proporcionar maior autonomia.</li> <li>■ Reduz cólica e sangramento menstrual, útil no controle de condições como anemia ferropriva e endometriose.</li> <li>■ Pode reduzir acne, hirsutismo e irregularidade menstrual.</li> <li>■ É fator de proteção contra o câncer de endométrio e de ovário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A falta de adesão e o uso da forma rotineira (com atrasos e esquecimentos) reduzem a eficácia.</li> <li>■ Requer conforto e segurança da pessoa com manipulação da própria genitália.</li> <li>■ Não pode ser usado junto de preservativo vaginal/interno, pois pode ser desposicionado durante a relação sexual, o que requer atenção.</li> <li>■ Pode predispor irritação vaginal e candidíase.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido e escape menstrual. Pode haver piora da acne, porém é mais comum haver melhora da acne.</li> <li>■ Pode levar a um aumento da pressão arterial e do risco de eventos tromboembólicos durante o uso.</li> <li>■ O impacto no risco de desenvolver câncer de mama é incerto.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um mês do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao anel, se houve erros no uso, mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método, como tabagismo, enxaqueca com aura e hipertensão arterial sistêmica.
- Aferir a pressão arterial e o peso.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Esquecimento da retirada do anel após três semanas:** O anel possui hormônio suficiente para até cinco semanas de uso. Caso tenha sido mantido por quatro semanas, pode-se optar por fazer uma semana de pausa ou inserir o novo anel sem pausa. Caso tenha sido mantido por cinco semanas, não realizar pausa e inserir o novo anel. Se o anel tiver sido mantido por mais de cinco semanas, com relação sexual desprotegida após esse período, há risco de gravidez. Avaliar indicação de contracepção de emergência (relação há < 5 dias). Um novo anel pode ser inserido, desde que descartada gestação em curso, e deve ser orientado uso de método de apoio nos primeiros sete dias.
- **Atraso ou esquecimento de inserção de novo anel após a pausa:** Inserir o novo anel assim que possível. Atrasos de até dois dias (isto é, nove dias de pausa) não requerem conduta adicional. Atrasos maiores necessitam de método de apoio nos primeiros sete dias. Caso tenha ocorrido relação desprotegida após o nono dia de pausa, avaliar indicação de contracepção de emergência (relação há < 5 dias). Em caso de suspeita de gestação com atraso menstrual, realizar teste de gravidez. Não há efeito deletério para o feto caso o anel tenha sido utilizado na presença de gestação.
- **Anel expelido:** Caso o anel tenha ficado temporariamente fora da vagina por até três horas, enxaguar com água fria ou morna e reinserir imediatamente. Não é necessário método de apoio. Caso tenha ficado fora da vagina por mais de três horas, o efeito contraceptivo pode ter sido reduzido, sendo orientada a reinserção do anel e o uso de método de apoio por sete dias. Nos casos de anel fora da vagina por mais de 48 horas, deve ser avaliada a necessidade de contracepção de emergência.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ O anel pode ser retirado antes da relação sexual?

Desde que mantido fora da vagina por, no máximo, três horas, o anel pode ser retirado antes da relação sexual. Entretanto, em geral não se recomenda a retirada do anel, pelo risco de esquecimento de recolocá-lo.

## ADESIVO TRANSDÉRMICO

■ Apresentação existente, mas não disponível na rede municipal: Norelgestromina 6mg + etinilestradiol 0,6mg

■ Eficácia: ALTA

■ Taxa de falha: 70 em 1.000 (uso rotineiro) // 3 em 1.000 (uso perfeito)

## Informações gerais

■ **O que é:** O adesivo transdérmico é um método hormonal combinado de apresentação em adesivo de 20 cm<sup>2</sup>, composto por etinilestradiol e norelgestromina. Os hormônios são absorvidos através da pele e o efeito é semelhante ao do anticoncepcional oral combinado, isto é, inibição da ovulação e alterações do muco cervical.

■ **Como usar:** Usar um adesivo a cada sete dias, trocando o adesivo sempre no mesmo dia da semana por três semanas consecutivas. Pausar por sete dias e aplicar novo adesivo no oitavo dia. O uso contínuo, sem pausa, também pode ser empregado. Alternar semanalmente os locais de aplicação (abdome inferior, parte externa do braço, parte superior das nádegas e dorso superior).

■ **Quando iniciar:** Mesmas orientações que as do anticoncepcional oral combinado — ver página 77.

■ **Contraindicações e interações:** Ver página 75.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Não necessita de tomada diária, o que reduz o risco de esquecimento.</li> <li>■ A própria pessoa controla o uso, o que pode proporcionar maior autonomia.</li> <li>■ Reduz cólica e sangramento menstrual, útil no controle de condições como anemia ferropriva e endometriose.</li> <li>■ Pode reduzir acne, hirsutismo e irregularidade menstrual.</li> <li>■ É fator de proteção contra o câncer de endométrio e de ovário.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A adesão e o uso perfeito podem ser difíceis para certas pessoas.</li> <li>■ A eficácia pode ser menor em pessoas que pesem 90kg ou mais.</li> <li>■ Caso ocorra descolamento do adesivo devido a suor ou atrito pode ocorrer redução da eficácia.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos locais como irritação cutânea e <i>rash</i>.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido e escape menstrual. Em algumas pessoas pode haver piora da acne, porém é mais comum haver melhora da acne.</li> <li>■ Pode levar a um aumento da pressão arterial e do risco de eventos tromboembólicos durante o uso.</li> <li>■ O impacto no risco de desenvolver câncer de mama é incerto.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um mês do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao método, se houve erros no uso, mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método, como tabagismo, enxaqueca com aura, hipertensão arterial sistêmica e entre outros.
- Aferir a pressão arterial e o peso.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Irritação no local da aplicação:** Orientar não colocar o próximo adesivo no mesmo local, procurando alternar o local de aplicação.
- **Atraso ou esquecimento aplicação de novo adesivo após a pausa:** Aplicar o adesivo assim que possível. Atrasos de até dois dias (isto é, nove dias de pausa) não requerem conduta adicional. Atrasos maiores necessitam de método de apoio nos primeiros sete dias. Caso tenha ocorrido relação desprotegida após o nono dia de pausa, avaliar indicação de contracepção de emergência (relação há < 5 dias). Em caso de suspeita de gestação com atraso menstrual, realizar teste de gravidez. Não há efeito deletério para o feto caso o adesivo tenha sido utilizado na presença de gestação.
- **Adesivo descolado parcial ou integralmente:** Caso o adesivo tenha ficado descolado, mesmo que parcialmente, por menos de 24 horas, ele deve ser reaplicado no mesmo local ou substituído por um adesivo novo. Não é necessário método de apoio. Caso o adesivo tenha ficado descolado por mais de 24 horas, o efeito contraceptivo pode ter sido reduzido, sendo recomendado método de apoio pelos sete dias seguintes. Na ausência de gestação em curso, um novo adesivo deve ser aplicado imediatamente. Caso tenha havido relação sexual desprotegida durante o período, avaliar indicação de contracepção de emergência. Para evitar o descolamento do adesivo, orientar uso sobre pele íntegra, limpa, seca, sem aplicação de produtos como hidratantes ou protetor solar na região.

## Mitos e dúvidas frequentes

- **O adesivo deve ser retirado antes do banho, praia ou piscina?**

Não. O adesivo deve ser mantido durante todas as atividades do dia, mesmo que com exposição à água.

## 4. MÉTODOS DE PROGESTÓGENO ISOLADO

São métodos hormonais sem estrogênio, compostos de progesterona sintética. O mecanismo de ação é variado, podendo atuar na inibição da ovulação ou somente no espessamento do muco cervical e no endométrio. Neste guia são abordados os seguintes métodos de progestágenos isolados: minipílula, anticoncepcional injetável trimestral (AIT), o DIU hormonal (DIU-LNG) e o implante hormonal. O DIU-LNG e o implante são abordados na seção “Métodos LARC — Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração”, nas páginas 56 e 67, respectivamente.

### ■ **Contraindicações Absolutas (Categoria 4)**

- Câncer de mama atual.

### ■ **Contraindicações Relativas (Categoria 3)**

- Enxaqueca com aura, independentemente da idade, iniciada durante o uso do método.
- Evento tromboembólico recente (trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar).
- História de infarto agudo do miocárdio ou acidente vascular encefálico.
- Lúpus eritematoso sistêmico com positividade para anticorpos antifosfolídeos.
- Hepatopatias graves, como cirrose descompensada e tumores malignos.
- Câncer de mama tratado há mais de cinco anos.
- Sangramento uterino anormal de origem desconhecida, não sendo possível afastar condições graves. Exceção: a minipílula é Categoria 2 nesse caso — o DIU-LNG é Categoria 4 nesse caso.
- Somente para AIT — Hipertensão grau 2 (PA sistólica  $\geq 160$ mmHg ou diastólica  $\geq 100$ mmHg); diabetes com lesão de órgão-alvo (renal, visual ou neurológica) ou com mais de 20 anos de evolução; alto risco cardiovascular devido à presença de múltiplas comorbidades de risco: tabagismo, diabetes, hipertensão e idade avançada.

### ■ Interações (Categoria 3)

- Somente minipílula — Podem reduzir o efeito anticoncepcional: rifampicina e certos anticonvulsivantes (p.ex.: carbamazepina, topiramato, fenitoína).

## MINIPÍLULA OU ANTICONCEPCIONAL ORAL DE PROGESTÓGENO ISOLADO

- Apresentação disponível na rede municipal: Noretisterona 0,35mg
- Eficácia: ALTA
- Taxa de falha: maior que 70 em 1.000 (uso rotineiro sem aleitamento) // 10 em 1.000 (uso rotineiro com aleitamento) // 3 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** Contraceptivo composto de progesterona isolada, que atua promovendo o espessamento do muco cervical, dificultando a movimentação dos espermatozoides. A inibição da ovulação ocorre apenas em cerca de metade dos ciclos. Por esse motivo, minipílulas como a de noretisterona precisam ser tomadas sem pausa e sempre no mesmo horário, pois o atraso de poucas horas leva a uma marcada redução do efeito contraceptivo. Isso torna a eficácia do uso perfeito do método consideravelmente mais difícil de ser atingida na prática do que a de anticoncepcionais orais combinados. A exceção é a minipílula de desogestrel 75mcg, que tem efeito anovulatório e, dessa forma, uma taxa de falha menor. De forma geral, as minipílulas são recomendadas para uso durante o aleitamento materno, uma vez que não há interferência sobre a produção de leite e considerando que, nesses contextos, a fertilidade é naturalmente menor, o que aumenta a sua eficácia.
- **Como usar:** Tomar 1 comprimido ao dia, sempre no mesmo horário sem atrasos. Fazer uso contínuo sem pausa.
- **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja razoável certeza de que não há gravidez em curso. Recomendações referentes a situações particulares:

- **Sem método, em uso de método de barreira ou de DIU de cobre:** Se a minipílula for iniciada até o quinto dia da menstruação, não é necessário método de apoio. Se após o quinto dia, orientar uso de método de apoio nos primeiros dois dias.
- **Em uso de método hormonal:** Se o método vinha sendo usado corretamente, sem falhas, a minipílula pode ser iniciada imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Caso o método anterior seja de injetável, orientar o início da pílula na data que teria sido aplicada a próxima dose.
- **Após o parto ou em aleitamento:** A minipílula pode ser iniciada a qualquer momento após o parto, independentemente de estar ou não sendo realizada amamentação. Nos casos de aleitamento materno exclusivo com amenorreia lactacional, não é necessário método de apoio. Quando o aleitamento não for exclusivo ou a menstruação já tiver retornado, fazer uso de método de apoio nos primeiros dois dias.
- **Após abortamento:** Em até sete dias após o abortamento, a minipílula pode ser iniciada imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Após sete dias do abortamento, orientar método de apoio nos primeiros dois dias.
- **Contraindicações e interações:** Ver página 93.
- **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A própria pessoa controla o uso, o que pode proporcionar maior autonomia, por exemplo ao escolher o melhor horário de tomada.</li> <li>■ Pode ser usado com segurança durante o aleitamento materno.</li> <li>■ Tem poucas contraindicações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ O uso perfeito pode ser difícil de ser realizado, pois envolve tomada rigorosa no mesmo horário diariamente, com pouca margem para atrasos ou esquecimento. Isso reduz a eficácia real do método.</li> <li>■ Pode haver alterações no padrão do sangramento, como irregularidade, episódios de sangramento aumentado ou amenorreia.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, dor abdominal e náuseas.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um mês do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao comprimido, se houve atrasos, mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.
- Avaliar se o método vem sendo utilizado de forma continuada, sem pausa.
- Aferir a pressão arterial e o peso.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Atraso ou esquecimento de tomada da pílula:** Tomar a pílula esquecida assim que for lembrada, mesmo que isso signifique tomar dois comprimidos ao mesmo tempo. Seguir tomando as próximas sempre no mesmo horário. Caso a pessoa usuária esteja em aleitamento materno exclusivo e os ciclos menstruais ainda não tiverem retornado (amenorreia lactacional), não é necessário método de apoio ou contracepção de emergência. Caso contrário, se o atraso do comprimido tiver sido superior a três horas faz-se necessário o uso de método de apoio nos dois dias seguintes, e deve ser avaliada a indicação de contracepção de emergência. Em caso de atrasos frequentes, abordar se há interesse na troca para métodos de maior duração e ofertar alternativas, como DIU e anticoncepcional injetável trimestral.
- **Vômitos ou diarreia após a tomada da pílula:** Se os vômitos ocorrerem em até duas horas após a ingestão da pílula, um novo comprimido deve ser tomado. Quando o vômito ocorre após duas horas, não é necessária a repetição. No caso de diarreia intensa por mais de 24 horas, recomenda-se o uso de método de apoio nos dois dias seguintes.
- **Ausência de sangramento menstrual:** A amenorreia é um efeito comum na minipílula, principalmente em contexto de aleitamento materno, podendo prolongar o período de amenorreia lactacional. O efeito pode ocorrer também quando não há aleitamento, apesar de menos frequente. Se houver suspeita de gestação, em particular quando a

adesão ao método apresentou falhas, ofertar teste de gravidez. Afastando a hipótese de gravidez, orientar que se trata de um efeito benigno do método, que não traz complicações à saúde.

- **Sangramento irregular ou aumentado:** O sangramento irregular, principalmente em padrão de escape, é comum após o início da minipílula, em particular em contexto de aleitamento (que, por si só, pode provocar irregularidade menstrual). Esse sintoma costuma ter melhora espontânea após alguns meses, porém algumas pessoas podem experienciá-lo durante todo o tempo de uso da minipílula. Para redução temporária do sintoma, pode ser feito o uso de AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por cinco dias. Não havendo melhora, avaliar o desejo de troca do método. Caso o sangramento irregular se mantenha por tempo prolongado ou surja de forma súbita após o uso do método sem irregularidade, outras causas devem ser investigadas. É fundamental afastar a possibilidade de causas infecciosas como cervicite e DIP. As mesmas recomendações são feitas para casos de sangramento aumentado, atentando, nessas situações, para necessidade de cuidados alimentares ou suplementação de ferro, para a prevenção de anemia.
- **Suspeita de menopausa:** Define-se menopausa como a ausência de menstruação (amenorreia) por 12 meses consecutivos, em geral a partir dos 45 anos. O uso de métodos hormonais com progesterona pode mascarar o climatério, de forma que pode ser necessário realizar a confirmação laboratorial da menopausa. A partir dos 50 anos, após amenorreia por 12 meses, realizar dosagem de FSH em duas ocasiões, com intervalo de seis semanas entre elas. O FSH > 40mUI/mL sugere climatério, recomendando-se manter o contraceptivo por mais 12 meses e depois suspender com segurança.

## Mitos e dúvidas frequentes

- **Quando a amamentação é interrompida, a minipílula também deve ser parada?**

A minipílula também pode ser utilizada quando não se amamenta, no entanto a sua eficácia é marcadamente menor. Isso deve ser informado e, caso desejado, outros métodos podem ser ofertados.

- **Quanto tempo após a interrupção do método se espera o retorno da fertilidade/menstruação?**

O retorno da fertilidade é imediato após a minipílula ser parada. Na maioria dos casos, o padrão menstrual também

retorna rapidamente ao seu usual, raramente podendo demorar alguns meses.

■ **A minipílula pode causar câncer?**

Não. Os estudos não mostram associação entre a minipílula e o aumento da incidência de câncer.

■ **A minipílula pode ser usada quando há histórico de eventos tromboembólicos?**

Na presença de evento tromboembólico (p.ex.: trombose venosa profunda, embolia pulmonar) atual, não deve ser feito uso de qualquer método hormonal, inclusive a minipílula. Após o manejo do evento agudo, não há mais contraindicação ao uso de métodos que contêm somente progesterona, como a minipílula.

## ANTICONCEPCIONAL INJETÁVEL TRIMESTRAL (AIT)

■ **Apresentação disponível na rede municipal:** Acetato de medroxiprogesterona 150mg/mL

■ **Eficácia:** ALTA

■ **Taxa de falha:** 40 em 1.000 (uso rotineiro) // 2 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

■ **O que é:** Os injetáveis trimestrais são métodos hormonais que contêm somente progesterona, com liberação lenta e duração prolongada. O mecanismo de ação envolve inibir a ovulação, alterações endometriais e espessamento do muco cervical, evitando a entrada de esperma no útero.

■ **Como usar:** Aplicar 1 ampola de 1mL via IM a cada 13 semanas (aproximadamente três meses ou 90 dias). Havendo necessidade, a injeção pode ser adiantada ou atrasada em até duas semanas.

■ **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja razoável certeza de que não há gravidez em curso. Recomendações referentes a situações particulares:

- **Sem método ou em uso de método de barreira:** Se o AIT for iniciado até o sétimo dia da menstruação, não é necessário método de apoio. Se após o sétimo dia, orientar uso de preservativo nos sete dias seguintes.
- **Em uso de DIU de cobre:** O AIT pode ser iniciado imediatamente, e o DIU idealmente deve ser removido após um mês. Caso haja necessidade de remoção imediata do DIU e a menstruação tenha ocorrido há mais de sete dias, orientar uso de preservativo nos sete dias seguintes.
- **Em uso de método hormonal:** Caso o método venha sendo usado de forma correta e consistente, o AIT pode ser iniciado imediatamente. Não é necessário método de apoio.
- **Após o parto ou em aleitamento:** Quando a amamentação não está sendo realizada, o AIT pode ser iniciado imediatamente após o parto. Havendo aleitamento materno, recomenda-se aguardar seis semanas para o início do método. Nos casos de aleitamento materno exclusivo com amenorreia lactacional, não é necessário método de apoio. Quando o aleitamento não for exclusivo ou a menstruação já tiver retornado, recomenda-se fazer uso de método de apoio nos primeiros sete dias.
- **Após abortamento:** Em até sete dias após o abortamento, o AIT pode ser iniciado imediatamente sem necessidade de método de apoio. Após sete dias do abortamento, orientar método de apoio nos sete dias seguintes.
- **Contraindicações e interações:** Ver página 93.
- **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Não necessita de tomada diária, o que reduz o risco de esquecimento e aumenta a eficácia.</li> <li>■ Após alguns meses de uso, reduz cólica e sangramento menstrual, e em geral provoca amenorreia, o que pode ser útil no manejo de condições como anemia ferropriva e miomatose (porém nos primeiros meses de uso pode ocorrer aumento do sangramento).</li> <li>■ Pode reduzir a ocorrência de crises dolorosas na doença falciforme.</li> <li>■ É fator de proteção contra o câncer de endométrio.</li> <li>■ Pode ser usado com segurança durante o aleitamento materno após seis semanas do parto.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Requer idas trimestrais à unidade de saúde.</li> <li>■ O uso pode não ser bem tolerado por pessoas que se sentem desconfortáveis com injeções.</li> <li>■ É comum ocorrerem mudanças no padrão do sangramento, podendo haver irregularidade e aumento do volume menstrual nos primeiros meses, e resultando em amenorreia em até um ano após o início do uso.</li> <li>■ Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido, acne, ganho de peso e redução leve da massa óssea.</li> <li>■ Contraíndicado nos casos de hipertensão arterial sistêmica mal controlada grau 2 (PAS <math>\geq</math> 160mmHg ou PAD <math>\geq</math> 100mmHg).</li> <li>■ O retorno da fertilidade após a interrupção é mais demorado do que em outros métodos hormonais, em alguns casos demorando até um ano.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após três a seis meses do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão à injeção, se houve atrasos, mudanças do padrão menstrual ou efeitos adversos.

- Pesquisar o aparecimento de condições clínicas que possam significar contraindicação ao uso do método, como hipertensão arterial sistêmica grau 2, condições cardiovasculares graves e cirrose descompensada.
- Aferir a pressão arterial e o peso.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

### Manejando as principais intercorrências:

- **Atraso na dose do anticoncepcional injetável trimestral:** Nos casos de atrasos de até 14 dias, aplicar a nova dose imediatamente, não sendo necessária conduta adicional. Para atrasos maiores do que 14 dias, com relação sexual desprotegida após esse período, avaliar indicação de contracepção de emergência (relação há menos de cinco dias). A nova dose pode ser aplicada imediatamente se afastada possibilidade de gestação em curso, devendo ser feito uso de método de apoio nos primeiros sete dias. É importante procurar entender o motivo do atraso e propor soluções.
- **Sangramento aumentado, irregular ou escape menstrual:** Orientar que mudanças no padrão da menstruação são comuns após o início do uso de AIT, principalmente nos primeiros três meses, quando podem ocorrer episódios de sangramento aumentado, prolongado e irregular. Esse efeito costuma ter melhora espontânea após alguns meses, e em geral o uso contínuo do AIT evolui com amenorreia em até um ano após iniciado o método. Deve-se também afastar a possibilidade de causas infecciosas para o sangramento, como cervicite e DIP. Para sangramentos de volume leve a moderado, pode ser feito o uso de AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias no mês. Para sangramentos mais intensos, avaliar o uso de ácido tranexâmico 250mg de 6 em 6 horas ou outras terapêuticas. Também deve-se orientar cuidados alimentares e, se necessário, prescrever sulfato ferroso, pelo risco de anemia. Caso o sangramento continue após três meses de manejo conservador ou tenha início súbito em pacientes que já vinham fazendo uso do método, outras causas devem ser investigadas.
- **Amenorreia após a interrupção do anticoncepcional injetável trimestral:** Os ciclos menstruais retornam ao padrão usual em até seis meses após a interrupção do AIT para cerca de metade das pessoas usuárias. Em até 25% dos casos, contudo, a amenorreia pode durar até 12 meses após a aplicação da última dose. Havendo suspeita de gravidez, deve ser ofertado TIG e, quando pertinente, outras causas de amenorreia devem ser afastadas.

## Mitos e dúvidas frequentes:

### ■ Quanto tempo após a interrupção do AIT é esperado o retorno da fertilidade?

Em comparação a outros métodos contraceptivos, o retorno da fertilidade e dos ciclos menstruais costuma demorar mais após a interrupção do AIT. Há um atraso, em média, de quatro meses adicionais em relação à média para engravidar, porém em alguns casos pode ocorrer uma demora de até um ano. É importante ressaltar que não há, contudo, risco de infertilidade.

### ■ O anticoncepcional injetável trimestral pode ser usado para controle agudo de sangramento?

Apesar do AIT ter como efeito de longo prazo a redução de sangramento menstrual, frequentemente evoluindo para amenorreia, o uso para controle agudo de sangramento não costuma ser recomendado, pois nos primeiros meses após o início do método o efeito oposto pode ocorrer, isto é, aumento do volume ou da duração do sangramento menstrual e irregularidade. Além disso, o AIT não deve ser usado para controle de sangramento uterino de causa indeterminada, devendo a etiologia ser investigada e apropriadamente tratada. A medroxiprogesterona pode ser útil como uma das opções para manejo a médio/longo prazo de condições que cursam com sangramento aumentado, como miomatose ou endometriose.

### ■ O uso do AIT na gravidez pode provocar abortamento ou malformações?

Não. Os estudos científicos mostram que, caso uma pessoa faça uso do AIT, por exemplo, por não saber que está gestante, não há risco aumentado de abortamento ou de efeitos deletérios ao feto.

## 5. MÉTODOS DE BARREIRA

Os métodos de barreira são assim chamados pois atuam por meio de uma barreira — física ou química — para evitar a progressão dos espermatozoides para dentro da cavidade uterina. Neste guia são abordados três métodos de barreira: preservativo interno, preservativo externos e diafragma. Todos são bons métodos de apoio, mas os preservativos internos e externos são os únicos métodos contraceptivos que protegem contra ISTs e HIV.

## PRESERVATIVOS

- **Preservativo externo (camisinha peniana)**
  - Eficácia: MÉDIA/BAIXA
  - Taxa de falha: 130 em 1.000 (uso rotineiro) // 20 em 1.000 (uso perfeito)
- **Preservativo interno (camisinha vaginal)**
  - Eficácia: MÉDIA/BAIXA
  - Taxa de falha: 210 em 1.000 (uso rotineiro) // 50 em 1.000 (uso perfeito)

## Informações gerais

- **O que são:** Chamados também de camisinha ou condom, os preservativos são invólucros de látex, poliuretano ou outros materiais, utilizados para revestir os órgãos genitais, formando uma barreira que evita o contato com o sêmen e outros fluidos corporais, prevenindo, assim, a gestação e a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. Anteriormente chamados de camisinha masculina ou feminina, hoje utiliza-se a nomenclatura interno e externo devido às diversas possibilidades de uso por pessoas de diferentes gêneros e práticas sexuais. O preservativo interno, por exemplo, pode ser utilizado para a prática do sexo anal, enquanto o externo pode colocado em acessórios sexuais como dildos e vibradores.
- **Como usar:**
  - **Preservativo externo:** Abrir a embalagem cuidadosamente com as mãos. Colocar a camisinha no pênis ereto, apertando a ponta para retirar o ar e desenrolando até a base do pênis. Retirar logo após a ejaculação, segurando a abertura para evitar que o esperma vaze. Não reutilizar. Descartar no lixo. Pode ser utilizado em acessórios sexuais compartilhados, evitando, assim, o contato com fluidos da parceria. Trocar o preservativo durante o ato sexual sempre que o acessório for revezado entre as pessoas.
  - **Preservativo interno:** Abrir a embalagem cuidadosamente com as mãos e encontrar posição confortável. Apertar o anel interno fazendo um formato de oito e introduzir na vagina, empurrando o mais fundo possível com o dedo indicador. Guiar o pênis com a mão para a abertura do anel externo. Após a ejaculação, torcer a camisinha girando o

anel externo e puxando delicadamente. Não reutilizar. Descartar no lixo. Pode ser utilizado no sexo anal, introduzindo o preservativo cuidadosamente no ânus com o dedo indicador ou calçando o preservativo no pênis da parceria para inseri-lo no ânus.

- **Quando iniciar:** A qualquer momento, inclusive durante a gravidez. O preservativo externo deve ser colocado no pênis ereto imediatamente antes do contato sexual, enquanto o preservativo interno pode ser inserido previamente, até 8 horas antes da relação.
- **Contraindicações:** Alergia grave ao látex. Não há contraindicações para os preservativos de outros materiais.
- **Interações:** Preservativos de látex não devem ser utilizados durante o tratamento com miconazol vaginal. Lubrificantes à base de óleo (vaselina, óleo mineral, óleo de coco, manteiga...) podem danificar o látex, sendo preferível o uso de lubrificantes à base de água ou de silicone.

VANTAGENS	DESvantagens
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ O acesso é fácil.</li> <li>■ A própria pessoa controla o uso.</li> <li>■ Pode ser utilizado tanto como método regular quanto de apoio ou eventual.</li> <li>■ Não possui hormônios e não afeta a fertilidade.</li> <li>■ Algumas pessoas relatam que o uso do preservativo permite aumentar a duração da relação sexual.</li> <li>■ Pode ser usado durante o aleitamento materno.</li> <li>■ É o único método contraceptivo que também protege contra ISTs e HIV.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um método contraceptivo que, quando utilizado sozinho e de forma rotineira, apresenta alta taxa de falha.</li> <li>■ Erros no armazenamento, na colocação e no uso do preservativo aumentam a taxa de falha e podem provocar ruptura.</li> <li>■ Precisa ser utilizado perfeitamente em cada relação sexual para ser efetivo.</li> <li>■ Algumas pessoas podem apresentar alergia aos preservativos feitos de látex.</li> <li>■ É um método que depende da colaboração da parceria sexual. Algumas mulheres em relacionamentos heterossexuais relatam dificuldade em ter apoio dos parceiros.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um a dois meses do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao preservativo, se houve esquecimentos ou falhas no uso.
- Pesquisar satisfação com o método e se há interesse em associar o preservativo a outro método contraceptivo de maior eficácia.
- Orientar sobre contracepção de emergência em caso de ruptura ou não uso do preservativo.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Preservativo rompido:** Em caso de ruptura antes da relação sexual, descartar o preservativo e abrir um novo. Quando o rompimento ocorrer durante a relação, avaliar indicação de contracepção de emergência (DIU de cobre ou pílula) e de profilaxia pós-exposição para HIV, mesmo se não tiver ocorrido ejaculação. Deve-se investigar e orientar sinais de alarme para ISTs que indicam necessidade de avaliação (como corrimento genital, disúria, dor na relação ou lesões de pele) e oferecer testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C em momento oportuno, considerando o tempo da janela imunológica. Nos casos de ruptura ou outros problemas durante o uso do preservativo, é importante perguntar como tem sido o armazenamento e a colocação do produto, a fim de identificar possíveis erros. O preservativo deve ser guardado em local fresco e sem exposição a atrito, evitando manter por longos períodos de tempo em bolsos ou na carteira, e checando se está dentro da validade. A embalagem deve ser aberta com os dedos, nunca com dentes ou tesoura. O preservativo externo deve ser colocado somente no pênis já ereto e retirado imediatamente após a ejaculação. É recomendado o uso de lubrificantes à base de água ou de silicone. Não se deve usar lubrificantes à base de óleo (como vaselina, óleo mineral, óleo de coco e manteiga) com preservativos de látex.

- **Preservativo perdido em fundo de saco:** Caso não seja retirado imediatamente após a ejaculação, pode ocorrer deslizamento do preservativo e retenção dentro da vagina, em fundo de saco. Caso a própria pessoa ou a parceria não consigam remover o preservativo, devem procurar atendimento, de modo a ser realizado exame especular e retirada do condom com auxílio de uma pinça. Deve-se avaliar indicação de contracepção de emergência, prevenção de ISTs e educação sobre o uso correto do método conforme orientações no item anterior sobre rompimento do preservativo.
- **Suspeita de alergia ao preservativo:** Primeiramente, afastar diagnósticos diferenciais, como candidíase cutânea e genital, escabiose ou sífilis. Em casos de irritação leve, com prurido e vermelhidão, pode ser sugerida a tentativa de troca por outra marca ou tipo de preservativo, uma vez que a pessoa pode apresentar sensibilidade a um determinado produto mas não a outro. Recomenda-se o uso de lubrificante à base de água para reduzir a irritação que possa ter sido causada pelo atrito. No caso de manutenção de sintomas após o uso de preservativo de látex, suspeitar de alergia ao látex e sugerir o uso de produtos à base de outros materiais, como poliuretano. Casos de alergia grave ao látex (com sinais de anafilaxia) são raros.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ Usar a camisinha externa junto com a interna aumenta a segurança?

Não. Pelo contrário, não deve ser feito uso simultâneo do preservativo externo e interno, pois o atrito entre os dois aumenta o risco de ruptura.

## DIAFRAGMA

- Apresentação existente, mas não disponível na rede municipal.
- Eficácia: MÉDIA
- Taxa de falha: 170 em 1.000 (uso rotineiro com espermicida) // 160 em 1.000 (uso perfeito com espermicida)

## Informações gerais

- **O que é:** É um método com formato de um copo flexível, de látex, silicone ou plástico, que cobre o colo do útero, servindo de barreira física à passagem dos espermatozoides. É utilizado em conjunto de um gel contraceptivo ou espermicida, para aumentar a eficácia anticoncepcional.
- **Como usar:** Aplicar uma porção de lubrificante ou gel contraceptivo no diafragma. Na posição que for mais confortável e com as mãos limpas, apertar as bordas do diafragma e inserir até o fundo da vagina. Com o indicador, sentir a posição do diafragma, certificando-se de que todo o colo está coberto. Após a relação sexual, manter o diafragma por, pelo menos, mais seis horas antes de retirá-lo, não ultrapassando 24 horas.
- **Quando iniciar:** De modo geral, a qualquer momento, podendo ser inserido até seis horas antes da relação sexual. Já após o parto ou abortamento de segundo trimestre, deve-se guardar seis semanas, com completa involução do útero e do colo, para fazer uso do diafragma.
- **Contraindicações:** Prolapso uterino e/ou alergia ao material do diafragma (p.ex.: látex).
- **Interações:** Diafragmas de látex não devem ser utilizados durante o tratamento com miconazol vaginal. Lubrificantes à base de óleo (como vaselina, óleo mineral, óleo de coco e manteiga) podem danificar o látex, enquanto os lubrificantes à base de silicone não devem ser utilizados em conjunto com diafragmas também de silicone, sendo preferível o uso de lubrificantes à base de água.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"><li>■ A própria pessoa controla o uso.</li><li>■ Não possui hormônios e não afeta a fertilidade.</li><li>■ Pode ser utilizado tanto como método regular quanto de apoio ou eventual.</li><li>■ Pode ser usado durante o aleitamento materno.</li><li>■ Pode ser colocado até seis horas antes da relação sexual.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ É um método contraceptivo que, quando utilizado sozinho e de forma rotineira, apresenta alta taxa de falha.</li><li>■ A pessoa pode precisar de algum tempo de prática até aprender a inserir corretamente de forma consistente. Erros na colocação e no uso do diafragma aumentam a taxa de falha.</li><li>■ Precisa ser utilizado perfeitamente em cada relação sexual para ser efetivo.</li><li>■ Pode predispor irritação vaginal e candidíase.</li><li>■ Algumas pessoas podem apresentar irritação e alergia ao gel contraceptivo ou espermicida.</li><li>■ Raramente, se for deixado por mais de 24 horas, podem ocorrer casos de Síndrome do Choque Tóxico.</li></ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um a dois meses do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao diafragma, se houve esquecimentos ou falhas no uso.
- Pesquisar satisfação com o método e se há interesse em associar o diafragma a outro método contraceptivo de maior eficácia.

- Orientar sobre contracepção de emergência em caso de falha ou de não uso do diafragma.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Desconforto após a colocação do diafragma:** Algumas pessoas podem ter dificuldade na colocação do diafragma no início do uso do método. Caso seja relatado desconforto, solicite que a pessoa insira o diafragma em consultório e depois examine se o mesmo está bem colocado e se o tamanho está apropriado. Caso contrário, oriente a correta inserção e posicionamento ou recomende a troca por um diafragma de tamanho menor. No caso de desconforto surgido em pessoas que já são usuárias antigas do diafragma, é importante realizar exame ginecológico para investigar se há lesões ou sinais sugestivos de ISTs ou vaginites que possam justificar o incômodo.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ O diafragma pode ser usado sem gel contraceptivo ou espermicida?

As evidências sobre a segurança e a eficácia do diafragma levam em consideração seu uso sempre associado a produtos espermicidas. Dessa forma, não se recomenda o uso do diafragma sem o gel contraceptivo ou espermicida, pelo risco de redução do efeito anticoncepcional.

## 6. MÉTODOS COMPORTAMENTAIS E AMENORREIA LACTACIONAL

Os métodos comportamentais são métodos que envolvem a adoção de práticas ou comportamentos que reduzem o risco de gravidez. A sua eficácia é muito variada. Os métodos de abstinência periódica envolvem a identificação do período fértil, de forma a evitar relação sexual desprotegida durante os dias de potencial fertilidade. São exemplos desses métodos: a tabelinha e o método sintotérmico; o coito interrompido (método comportamental que envolve a retirada do pênis de dentro da vagina antes da ejaculação); e a amenorreia lactacional (método contraceptivo baseado na redução fisiológica da fertilidade durante o processo de aleitamento materno exclusivo). Tanto os métodos comportamentais como a amenorreia lactacional são considerados métodos naturais, pois não envolvem o uso de medicamentos ou materiais.

## AMENORREIA LACTACIONAL (AL)

- **Eficácia:** ALTA
- **Taxa de falha:** 20 em 1.000 (uso rotineiro) // 9 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** Método baseado no efeito fisiológico de redução da fertilidade durante o aleitamento materno. Ocorre devido ao aumento da prolactina em resposta ao estímulo de sucção, o que reduz os níveis de FSH e de LH e, consequentemente, suprime a ovulação. Os critérios para o uso da AL são: 1) o bebê deve ter até seis meses de vida; 2) a nutriz deve estar em amenorreia; e 3) o aleitamento deve ser exclusivo ou quase exclusivo, com mamadas tanto de dia como de noite.
- **Como usar:** Realizar o aleitamento materno exclusivo em livre demanda durante dia e noite, sem intervalo maior que quatro horas entre as mamadas diurnas ou seis horas entre as mamadas noturnas. Não realizar introdução de alimentos sólidos ou líquidos, inclusive chás ou água, antes dos seis meses de idade. Evitar o uso de chupeta. O método deixa de ser eficaz após o retorno da menstruação, após o início da introdução alimentar, ou após a criança completar seis meses de idade.
- **Quando iniciar:** A qualquer momento após o parto, desde que não tenha havido retorno dos ciclos menstruais, a criança tenha menos de seis meses de idade e esteja em aleitamento exclusivo.
- **Contraindicações — condições que contraindicam o aleitamento materno:**
  - **Maternas:** Infecção por HIV ou HTLV, uso de quimioterápicos, amiodarona, lítio, isotretinoína ou outros medicamentos incompatíveis com a amamentação.
  - **Relativas à criança:** Galactosemia, fenilcetonúria.
- **Interações:** Ver o manual do Ministério da Saúde “Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias” (documento disponível no QR code ao lado).



VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um método natural e fisiológico que estimula o aleitamento materno.</li> <li>■ A própria pessoa controla o uso.</li> <li>■ Tem boa eficácia quando usado corretamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A eficácia do método cai com a introdução de alimentos sólidos ou líquidos, leite artificial ou chupetas.</li> <li>■ A adesão ao método pode ser prejudicada por dificuldades encontradas durante o aleitamento, como pega incorreta, fissuras mamilares, mastites etc.</li> <li>■ É um método temporário, adequado para uso por, no máximo, os primeiros seis meses de vida da criança, devendo eventualmente ser substituído por outro contraceptivo.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se a avaliação rotineira da experiência de uso do método e a adesão, podendo essa avaliação ser oportunizada durante as consultas de puericultura da criança, com orientação de retorno entre os agendamentos em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Avaliar adesão ao aleitamento materno exclusivo, se houve introdução de leite artificial, chás, água ou alimentos sólidos ou líquidos. Confirmar que o intervalo entre as mamadas não tem excedido quatro horas durante o dia ou seis horas durante a noite. Investigar se foi ofertado o uso de chupetas.
- Perguntar se houve retorno da menstruação. Relembrar que o método só tem eficácia enquanto não tiver ocorrido menstruação.
- Pesquisar satisfação com o método e se há interesse em associar o método de amenorreia lactacional a outro método contraceptivo compatível com o aleitamento.

- Lembrar que outro método deverá ser iniciado antes de completados seis meses de idade da criança, ou antes da introdução alimentar.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Introdução de leite em fórmula, mamadeira, chupeta e/ou alimentos:** A eficácia da AL é maior quanto mais frequente e duradouras forem as mamadas. Dessa forma, a oferta de leite artificial ou outros alimentos, ou ainda o uso de chupetas e mamadeiras podem interferir na produção de leite e, conseqüentemente, aumentar a taxa de falha. A oferta esporádica, em quantidade que não substitui uma mamada, não contraindica o uso da AL como método contraceptivo, porém deve-se orientar que são hábitos que diminuem sua eficácia, além de aumentarem o risco de desmame precoce. Se for desejado, um outro método contraceptivo que não interfira no aleitamento pode ser associado, como DIU, preservativos ou métodos só de progestágeno.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ Quando iniciar outro método contraceptivo?

O melhor momento para iniciar outro método é antes da AL não ser mais eficaz, de forma a evitar, ao máximo, o risco de gestação indesejada. Dessa forma, se a introdução alimentar for planejada, por exemplo, para ocorrer aos seis meses de idade, pode ser prudente que, por volta do quinto mês, seja escolhido e programado o início de outro contraceptivo, de modo que a AL funcione como método de apoio nas primeiras semanas após o início do novo método. Se, por outro lado, ocorrer o retorno da menstruação ou introdução alimentar ou de fórmula antes do que havia sido planejado inicialmente, um novo método deve ser iniciado o mais breve possível.

### ■ O método ainda pode ser usado se, em vez da criança mamar ao peito, for realizada ordenha do leite?

Sim, no entanto a eficácia cai significativamente, chegando a uma taxa de falha de cerca de 50 gestações em 1.000 usuárias.

## COITO INTERROMPIDO

- **Eficácia:** BAIXA
- Taxa de falha: 200 em 1.000 (uso rotineiro) // 40 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** O coito interrompido é um método contraceptivo que consiste em retirar o pênis da vagina antes da ejaculação, evitando a fecundação. Embora seja uma técnica conhecida desde a antiguidade, é considerado um método contraceptivo de baixa eficácia, com alta taxa de falha e risco de gestação indesejada.
- **Como usar:** Quando for percebido que a ejaculação está para ocorrer, deve-se retirar o pênis de dentro da vagina, ejaculando longe da vulva (genitália externa). Caso a pessoa tenha ejaculado recentemente, deve-se urinar e lavar a região da glande antes da próxima relação sexual, para evitar que resquícios de esperma permaneçam, o que pode levar a falha devido à presença de espermatozoides no líquido pré-ejaculatório. Em caso de falha em retirar o pênis a tempo, recomenda-se o uso de contracepção de emergência (ver página 36).
- **Quando iniciar:** A qualquer momento, desde que a pessoa/o casal compreenda tratar-se de um método com alta taxa de falha. Pode ser usado temporariamente, como método de apoio.
- **Contraindicações:** O coito interrompido não é recomendado como contraceptivo para pessoas que têm necessidade de anticoncepção de boa eficácia ou proteção contra ISTs.
- **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A própria pessoa controla o uso.</li> <li>■ Não possui hormônios e não afeta a fertilidade.</li> <li>■ Pode ser usado como método de apoio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Alta taxa de falha na prevenção de gravidez. Por isso, não é indicado para pessoas com necessidade de contracepção de boa eficácia.</li> <li>■ Necessita de autocontrole e confiança entre o casal.</li> <li>■ Pode causar ansiedade e preocupação durante a relação sexual.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se retorno se surgirem dúvidas ou queixas, em caso de atraso menstrual (para a realização de teste de gravidez), ou a qualquer momento caso surja o desejo de iniciar um método contraceptivo mais eficaz, ainda que em conjunto do coito interrompido.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Perguntar sobre como tem sido a experiência de uso do método e a adesão, se houve falhas ou necessidade de uso de contracepção de emergência.
- Oferecer a possibilidade de troca ou associação a outros métodos contraceptivos de maior eficácia.
- Orientar sobre indicações e opções de contracepção de emergência.

## Manejando as principais intercorrências

- **Não retirada do pênis a tempo:** Em caso de falha do uso do método, recomenda-se o uso de contracepção de emergência (levonorgestrel oral ou DIU de cobre) o mais precocemente possível — ver página 36.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ O coito interrompido protege contra ISTs?

Não, o coito interrompido não protege contra ISTs. Para isso, recomenda-se o uso de preservativos — ver página 103.

## TABELINHA

### ■ Eficácia: MÉDIA

### ■ Taxa de falha: 120 em 1.000 (uso rotineiro) // 50 em 1.000 (uso perfeito)

## Informações gerais

- **O que é:** Também chamada de método de Ogino-Knaus, a tabelinha é um método contraceptivo que envolve o registro do ciclo menstrual em um calendário, de modo a identificar e prever o período fértil e o não-fértil. Alguns aplicativos de celular também podem ser utilizados para auxiliar com o registro. Durante o período fértil, a pessoa ou o casal deve se abster de relação sexual penetrativa pênis-vagina, podendo ter outras práticas sexuais (sexo oral, anal, carícias etc.) ou abster-se completamente de ter relações sexuais. Algumas pessoas podem optar por usar métodos de barreira, como o preservativo, durante os dias férteis, porém nesse caso há um aumento do risco de gestação.
- **Como usar:** Durante seis meses, registrar a data do início da menstruação, que será o início do ciclo (dia 1). O último dia do ciclo é o dia que antecede a próxima menstruação. Após seis meses de registro, identificar qual foi o ciclo mais longo e o mais curto. Subtrair 18 do ciclo de duração mais curta, estimando, assim, o primeiro dia do período fértil. A seguir, subtrair 11 do ciclo de duração mais longa, estimando o último dia do período fértil. Seguir realizando esse monitoramento e cálculo a cada novo mês. Exemplo de como usar: ciclo mais curto = 26 dias e ciclo mais longo = 32 dias, assim o primeiro dia do período fértil será 8 ( $26-18=8$ ), o último dia do período fértil será 21 ( $32-11=21$ ). Dessa forma, o período fértil vai do 8.º ao 21.º dia do ciclo, devendo a pessoa/casal se abster de sexo nesses dias.
- **Quando iniciar:** O monitoramento do ciclo menstrual pode ser iniciado a qualquer momento, e após seis meses de registro sistemático de ciclos regulares pode ser realizada a avaliação e o cálculo da duração do ciclo e do período fértil.

■ **Contraindicações:**

- Sangramento irregular.
- Pessoas com ciclos de variações de mais de seis dias.
- Período pós-parto, pós-aborto ou durante aleitamento, enquanto ainda não houve restabelecimento do ciclo regular.
- Período da adolescência e próximo da menopausa, quando ciclos irregulares são mais frequentes.

■ **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ A própria pessoa controla o uso.</li> <li>■ Não possui hormônios e não afeta a fertilidade.</li> <li>■ Pode ser usado como método de apoio.</li> <li>■ Permite uma melhor compreensão sobre o próprio corpo e a fertilidade.</li> <li>■ Pode ser usado tanto como contraceptivo quanto para pessoas/casais que desejam engravidar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um método contraceptivo que, quando utilizado sozinho e de forma rotineira, apresenta alta taxa de falha.</li> <li>■ O método não é recomendado para pessoas que possuem grande variabilidade de duração dos ciclos menstruais, como pode ocorrer em adolescentes e pessoas em idade próxima da menopausa.</li> <li>■ Não é recomendado no pós-parto, pós-aborto ou durante o aleitamento materno, quando os ciclos ainda não estão regulares.</li> <li>■ Requer abstinência sexual durante parte do ciclo, necessitando de boa compreensão e colaboração entre o casal.</li> <li>■ Manter relação sexual durante o período fértil, mesmo em uso de método de barreira, aumenta a chance de engravidar.</li> </ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após seis meses de registro sistemático dos ciclos menstruais, para cálculo dos dias férteis em consulta, e novo retorno um a dois meses do início do método, para avaliar a experiência e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Calcular novamente o período fértil junto da pessoa usuária.
- Avaliar adesão ao método e qual estratégia foi adotada durante o período fértil, se abstinência ou método de barreira.
- Pesquisar a satisfação com o método e se há interesse em associar ou iniciar outro método contraceptivo de maior eficácia.
- Orientar sobre contracepção de emergência em caso de relação sexual desprotegida durante o período fértil.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Sexo desprotegido durante o período fértil:** Ver seção “Contracepção de Emergência” (página 36). Caso se observe a necessidade recorrente de uso de contracepção de emergência, ofertar outras opções de métodos contraceptivos.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ Como a tabelinha pode ser utilizada por pessoas/casais que desejam gestar?

Nesse caso, ao invés de se abster de ter relações durante os dias férteis, o casal deve tentar ter relações sexuais frequentes (pelo menos, duas a três vezes por semana) durante o período fértil calculado.

## MÉTODOS DE PERCEPÇÃO DE FERTILIDADE

- **Eficácia:** MÉDIA/BAIXA
- **Taxa de falha:** 230 em 1.000 (uso rotineiro) // 30 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que são:** Os métodos de percepção de fertilidade baseados em sintomas têm como objetivo a identificação do período fértil com base em sinais e sintomas que demarcam os diferentes momentos do ciclo menstrual, em particular a ovulação. Durante o período fértil, a pessoa ou o casal deve se abster de relação sexual penetrativa pênis-vagina, podendo ter outras práticas sexuais (sexo oral, anal, carícias etc.) ou abster-se completamente de ter relações sexuais. Algumas pessoas podem optar por usar métodos de barreira, como o preservativo, durante os dias férteis, porém nesse caso há um aumento do risco de gestação. A eficácia é altamente variável, a depender dos tipos de sinais e sintomas avaliados e da capacidade da pessoa de monitorar seu corpo de forma contínua. As principais variáveis observadas são as características do muco cervical e a temperatura basal.
  - **Muco cervical:** Espera-se um período seco logo após a menstruação, seguido do aparecimento do muco cervical com pouco volume, opaco e viscoso. Ao longo dos dias, o muco torna-se mais volumoso, transparente e elástico, como clara de ovo, sendo o dia pico da fertilidade (ovulação) aquele em que o muco atinge o máximo dessas características. O fim do período fértil é marcado pela redução do muco cervical, que volta a ser viscoso ou desaparece.
  - **Temperatura basal:** Após a ovulação, espera-se elevação da temperatura corporal em 0,2 a 0,5 graus.
- **Como usar:**
  - **Método do muco cervical (também chamado ovulatório ou de Billings):** Observar diariamente as características do muco cervical na roupa íntima, papel higiênico ou com os dedos. Abster-se de relação sexual desde o aparecimento do muco cervical até quatro dias depois do dia pico. As relações sexuais podem ocorrer desde o quarto dia após o pico até a próxima menstruação. É recomendado evitar ter relação sexual por mais de dois dias em sequência, uma

vez que o sêmen atrapalha a avaliação do muco cervical. Evitar relações sexuais também nos dias de menstruação intensa, pois o sangramento volumoso impede a visualização do muco.

- **Método de temperatura basal:** Aferir a temperatura diariamente no sempre mesmo horário pela manhã, antes de levantar da cama ou de se alimentar. Observar o momento em que ocorre o aumento da temperatura basal em 0,2 a 0,5 graus e a manutenção desse aumento por, pelo menos, três dias. As relações sexuais podem ocorrer desde o quarto dia do aumento até a próxima menstruação. Abster-se de relação sexual desde a menstruação até o quarto dia do próximo aumento da temperatura.
- **Método sintotérmico:** Combinar a avaliação tanto do muco cervical como da temperatura basal, além de sintomas de ovulação, como sensibilidade mamária ou cólica. Abster-se de relação sexual desde o primeiro dia da menstruação até o quarto dia após o pico do muco cervical ou da elevação da temperatura basal.
- **Quando iniciar:** De modo geral, a qualquer momento, desde que a pessoa esteja apresentando ciclos menstruais. Já após o parto ou abortamento, deve-se aguardar o restabelecimento dos ciclos menstruais — quando o aleitamento materno está sendo realizado, isso pode demorar mais de seis meses.
- **Contraindicações:**
  - Sangramento irregular.
  - Período pós-parto, pós-aborto ou durante aleitamento, enquanto ainda não houve restabelecimento do ciclo regular.
  - Período da adolescência e próximo da menopausa, quando ciclos irregulares são mais frequentes.
  - Vulvovaginites e condições que alteram o aspecto do conteúdo vaginal.
  - Infecções (resfriados, gastroenterites, abscesso dentário etc.) que causem febre ou qualquer aumento da temperatura.
- **Interações:** O uso de lubrificantes, espermicidas ou pomadas vaginais atrapalha a avaliação do muco cervical. O uso de métodos hormonais impede a avaliação da fertilidade, seja por alteração das características do muco ou pela inibição da ovulação.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"><li>■ A própria pessoa controla o uso.</li><li>■ Não possuem hormônios e não afetam a fertilidade.</li><li>■ Podem ser usados como método de apoio.</li><li>■ Permitem uma melhor compreensão sobre o próprio corpo e a fertilidade.</li><li>■ Podem ser usados tanto como contraceptivo quanto para pessoas/casais que desejam engravidar.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ A eficácia depende da compreensão e da capacidade de monitoramento e identificação dos sinais de fertilidade.</li><li>■ Os sinais de fertilidade podem ter a avaliação prejudicada por uma série de fatores, como febre ou corrimento por vaginites.</li><li>■ São métodos que, quando utilizados sozinhos e de forma rotineira, apresentam alta taxa de falha.</li><li>■ Não são recomendados para pessoas que possuem grande variabilidade de duração dos ciclos menstruais, como pode ocorrer em adolescentes e pessoas em idade próxima da menopausa.</li><li>■ Não são recomendados no pós-parto ou durante o aleitamento materno, quando os ciclos ainda não estão regulares.</li><li>■ Requerem abstinência sexual durante parte do ciclo, necessitando de boa compreensão e colaboração entre o casal.</li><li>■ Manter relação sexual durante o período fértil, mesmo em uso de método de barreira, aumenta a chance de engravidar.</li></ul>

## Consulta de retorno

Recomenda-se um primeiro retorno após um a dois meses do início do método, para avaliar a experiência de uso do método e a adesão. Os retornos subsequentes podem ser anuais ou antes, em caso de dúvidas ou queixas.

### ■ O que abordar nas consultas?

- Calcular o período fértil junto da pessoa usuária.
- Avaliar adesão ao método e qual estratégia foi adotada durante o período fértil, se abstinência ou método de barreira.
- Pesquisar satisfação com o método e se há interesse em associar ou iniciar outro método contraceptivo de maior eficácia.
- Orientar sobre contracepção de emergência em caso de relação sexual desprotegida durante o período fértil.
- Realizar exame físico e coleta de colpocitologia, quando indicado.

## Manejando as principais intercorrências

- **Sexo desprotegido durante o período fértil:** Ver seção “Contracepção de Emergência” (página 36). Caso se observe a necessidade recorrente de uso de contracepção de emergência, ofertar outras opções de métodos contraceptivos.
- **Ocorrência de febre, vulvovaginite, sangramento irregular ou outras condições que atrapalhem o monitoramento dos sinais de fertilidade:** Condições que alteram o conteúdo vaginal (candidíase, vaginose etc.) ou a temperatura basal (como infecções) dificultam a correta identificação do período fértil. Da mesma forma, o sangramento irregular torna mais difícil a monitorização do ciclo menstrual e do muco cervical. Quando a irregularidade vem acompanhada de ciclos mais longos, isso pode significar um período de abstenção sexual também proporcionalmente maior, o que pode ser uma limitação para o uso do método. Nessas situações recomenda-se o manejo clínico da condição e o uso de métodos de apoio, como preservativo, até a resolução completa do quadro.

## Mitos e dúvidas frequentes

### ■ Como os métodos de percepção de fertilidade podem ser utilizados por pessoas/casais que desejam gestar?

Nesse caso, ao invés de se abster de ter relações durante os dias férteis, o casal deve tentar ter relações sexuais frequentes (pelo menos, duas a três vezes por semana) durante o período fértil calculado.

## 7. MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

São procedimentos cirúrgicos realizados em homens ou mulheres que não desejam mais ter filhos. Os métodos de esterilização cirúrgica têm efeito permanente e frequentemente são irreversíveis. Neste guia são abordados a vasectomia e a laqueadura tubária.

### VASECTOMIA

■ Procedimento realizado via SISREG: “Consulta em Urologia — Vasectomia”

■ Eficácia: MUITO ALTA

■ Taxa de falha: 1 em 1.000 (uso rotineiro) // 1 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

■ **O que é:** Método contraceptivo permanente de esterilização cirúrgica, no qual se realiza o corte e a ligadura dos canais deferentes, que são pequenos tubos do tamanho de um fio de macarrão, responsáveis por transportar os espermatozoides do testículo às vesículas seminais. Após a vasectomia, a pessoa mantém a capacidade de ejaculação, porém o fluido ejaculado não terá espermatozoides. Segundo a Lei n.º 14.443, de 2 de setembro de 2022, tem direito à realização da esterilização qualquer pessoa com capacidade civil plena e maior de 21 anos OU com, pelo menos, dois filhos vivos, não sendo mais necessária a autorização de cônjuge.

- **Como usar:** Recomenda-se abstinência sexual na primeira semana. Nos três meses que seguem após o procedimento, deve ser utilizado método de apoio devido ao armazenamento de espermatozoides ao longo dos canais deferentes e nas vesículas seminais. Após cerca de 20 ejaculações é esperada a eliminação desses gametas. O método de apoio pode ser suspenso depois da confirmação da efetividade da vasectomia com exame de contagem de espermatozoides, realizado após três meses do procedimento.
- **Quando iniciar:** A vasectomia pode ser realizada após um período mínimo de 60 dias da manifestação da vontade de esterilização. É necessário o preenchimento do termo de Passaporte de Planejamento Reprodutivo — Vasectomia e participação em atividade educativa, seja no formato de grupo de planejamento reprodutivo ou de consulta individual, na qual devem ser ofertadas todas as opções de métodos contraceptivos e orientações a respeito dos riscos e benefícios da vasectomia.
- **Contraindicações:**
  - Idade menor de 21 anos e ausência de dois filhos vivos.
  - Incapacidade de consentir ao procedimento.
  - Desejo de ter filhos no futuro.
- **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um dos métodos contraceptivos de maior eficácia existentes.</li> <li>■ É permanente.</li> <li>■ O procedimento é seguro e rápido, sendo feito ambulatorialmente com anestesia local.</li> <li>■ É um procedimento mais simples e com menos riscos que a laqueadura tubária.</li> <li>■ Não afeta a libido, o prazer ou a performance sexual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um método permanente, exceto em situações em que o usuário opte pelo procedimento de reversão, que é difícil e, na maioria das vezes, não tem sucesso.</li> <li>■ No período de recuperação do procedimento pode ocorrer dor leve, inchaço e equimose no local, que costumam melhorar em até três dias.</li> <li>■ Podem ocorrer complicações, como infecção local ou dor testicular prolongada, porém essas condições são raras e tratáveis.</li> <li>■ Pode ocorrer falha do método por recanalização, porém esse evento é raro.</li> <li>■ Não protege contra ISTs.</li> </ul>

## Consulta de retorno

É feita no serviço onde foi realizado o procedimento. Após três meses é solicitado exame de contagem de espermatozoides, a fim de confirmar a esterilização. O método de apoio pode ser suspenso após o resultado confirmando azoospermia (ausência de espermatozoides). Após a realização do procedimento, registrar no prontuário eletrônico da pessoa usuária o CID10: Z30.2 — Esterilização.

## Manejando as principais intercorrências

- **Dor na bolsa escrotal:** A dor após o procedimento costuma ser autolimitada, com resolução em até três dias. Nos casos de dor de maior duração, sem sinais de alarme, podem ser utilizados AINES, como ibuprofeno 600mg de 8 em 8 horas por até cinco dias, além da orientação de banho de assento morno e uso de roupa íntima que proporcione maior suporte da região, como as próprias para prática esportiva.

- **Visualização de espermatozoides móveis no exame de três meses:** Espera-se que após três meses o exame de contagem de esperma apresente azoospermia, isto é, ausência de espermatozoides. A presença de espermatozoides indica necessidade de manutenção do método de apoio e repetição do exame após um mês. Caso o segundo exame mantenha a presença de espermatozoides, principalmente se forem móveis, deve ser realizado novo encaminhamento para “Urologia — Vasectomia” por suspeita de recanalização, com necessidade de repetição do procedimento.

## Mitos e dúvidas frequentes

- **A vasectomia diminui a potência sexual?**

Não. O procedimento é realizado num pequeno ponto da bolsa escrotal, chamado canal deferente, por onde passam os espermatozoides. Não há manipulação do pênis e não ocorre nenhuma mudança na capacidade de ereção ou no prazer. Além disso, a ejaculação é mantida, sem alterações do aspecto do fluido ejaculado. A única diferença é que, se observado no microscópio, o fluido não terá espermatozoides.

- **A vasectomia afeta os níveis de testosterona, o cabelo ou a voz?**

Não. A vasectomia não afeta os testículos, não tendo qualquer efeito nos níveis hormonais ou nas características sexuais masculinas.

- **A vasectomia pode ser revertida?**

A vasectomia deve ser realizada com intenção de ser permanente, mas pode ser revertida. No entanto, o procedimento de reversão é difícil e com frequência não é bem sucedido. Entretanto, caso haja desejo de tentativa de reversão, pode ser realizado encaminhamento para “Urologia — Infertilidade”, para avaliação dessa possibilidade. O procedimento de reversão pode ser solicitado via SISREG.

## LAQUEADURA TUBÁRIA

- **Procedimento realizado via SISREG:** “Consulta em Ginecologia — Laqueadura”
- **Eficácia:** MUITO ALTA
- **Taxa de falha:** 5 em 1.000 (uso rotineiro) // 5 em 1.000 (uso perfeito)

### Informações gerais

- **O que é:** Método contraceptivo permanente de esterilização cirúrgica, no qual se realiza corte, oclusão ou ligadura das tubas uterinas, o que impede o transporte do óvulo liberado pelos ovários até o útero, evitando, assim, o encontro com os espermatozoides e a fecundação. Segundo a Lei n.º 14.443, de 2 de setembro de 2022, tem direito à realização da esterilização qualquer pessoa com capacidade civil plena e maior de 21 anos OU com, pelo menos, dois filhos vivos, não sendo mais necessária a autorização de cônjuge.
- **Como usar:** Recomenda-se abstinência sexual na primeira semana e durante o período de recuperação, além de repouso nos primeiros dois dias.
- **Quando iniciar:** De forma geral, a qualquer momento, desde que haja certeza de que não há gravidez em curso. A laqueadura pode ser realizada após um período mínimo de 60 dias da manifestação da vontade de esterilização. É necessário o preenchimento do termo de Passaporte de Planejamento Reprodutivo — Laqueadura Tubária e participação em atividade educativa, seja no formato de grupo de planejamento reprodutivo ou de consulta individual, na qual devem ser ofertadas todas as opções de métodos contraceptivos e orientações a respeito dos riscos e benefícios da laqueadura.
- **Contraindicações:**
  - Idade menor de 21 anos e ausência de dois filhos vivos.
  - Incapacidade de consentir ao procedimento.

- Desejo de ter filhos no futuro.
- Gravidez em curso.
- Condições clínicas que contraindicam temporariamente a cirurgia, como instabilidade hemodinâmica ou processo infeccioso em curso.

■ **Interações:** Não há.

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um dos métodos contraceptivos de maior eficácia existentes.</li> <li>■ É permanente.</li> <li>■ Não contém nem altera os hormônios.</li> <li>■ Não interfere no aleitamento materno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ É um método permanente, exceto em situações em que o usuário opte pelo procedimento de reversão, que é difícil e, na maioria das vezes, não tem sucesso.</li> <li>■ Podem ocorrer complicações, como infecção de ferida cirúrgica ou reação à anestesia, porém essas condições raras e tratáveis.</li> <li>■ Pode ocorrer falha do método por recanalização, porém esse evento é raro.</li> <li>■ Não protege contra ISTs.</li> </ul>

## Consulta de retorno

É feita no serviço onde foi realizado o procedimento, em geral após duas semanas, para avaliação da ferida cirúrgica e retirada de pontos de sutura. Caso a laqueadura tenha sido realizada durante o parto, a primeira reavaliação ocorre na unidade de atenção primária, durante o acolhimento mãe-bebê, e depois após duas semanas, para a retirada dos pontos de sutura. Após a realização do procedimento, registrar no prontuário eletrônico da pessoa usuária o CID10: Z30.2 — Esterilização.

## Manejando as principais intercorrências

- **Suspeita de gravidez:** A gestação após laqueadura é um evento raro, porém deve ser suspeitada em caso de atraso menstrual inexplicado e sintomas sugestivos de gravidez. Em caso de TIG positivo, deve-se solicitar USG precoce para afastar a possibilidade de gestação ectópica. A laqueadura reduz a incidência de gestação ectópica, pois reduz a ocorrência de gestações no geral. Contudo, uma vez que a falha contraceptiva tenha ocorrido, a proporção de gravidez extra uterina é significativa (uma gestação ectópica a cada três gravidezes), de forma que o exame de imagem precoce torna-se fundamental. Em caso de suspeita de gestação ectópica com sintomas de abdome agudo (dor abdominal intensa, irritação peritoneal), encaminhar para avaliação de emergência via Vaga Zero.

## Mitos e dúvidas frequentes

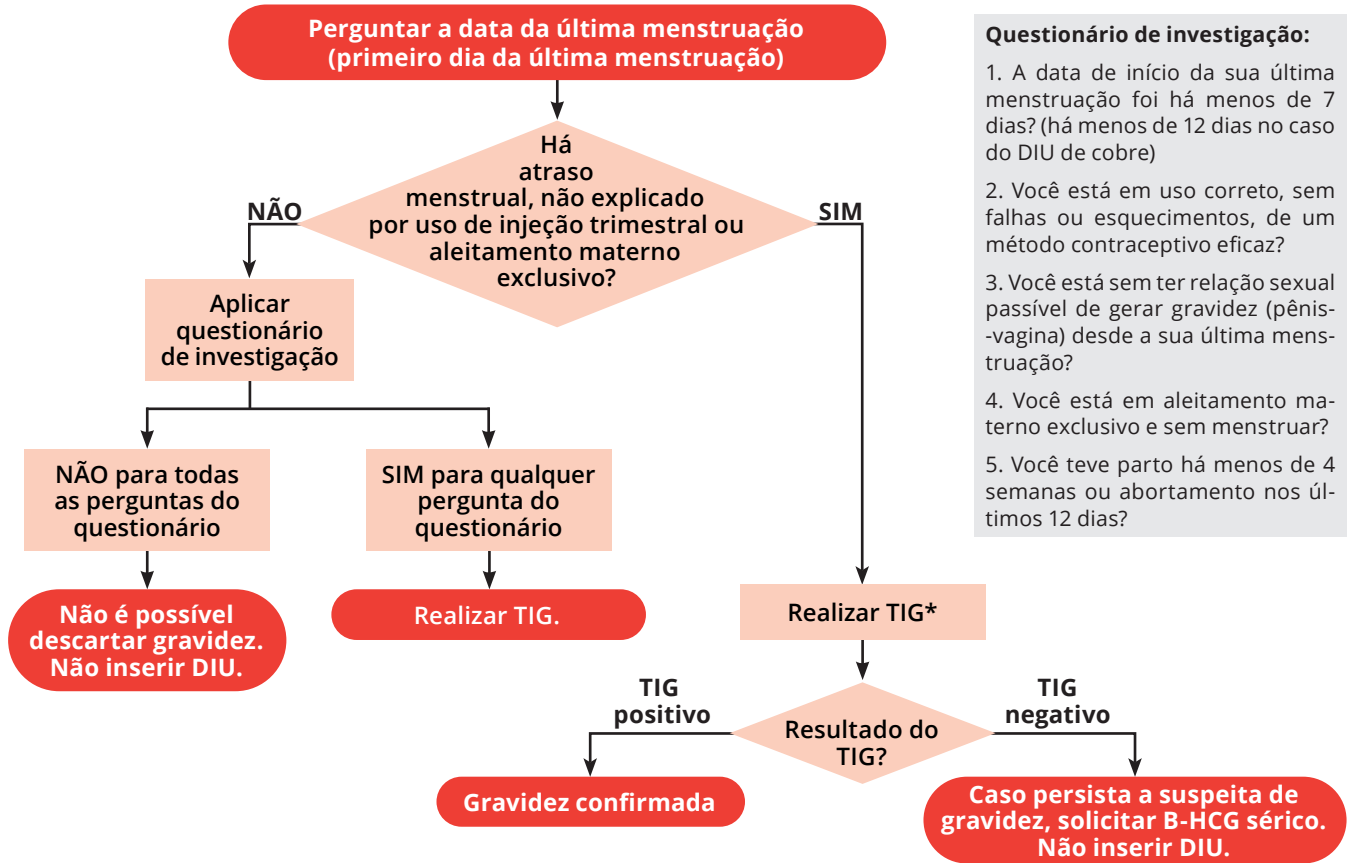
- **A laqueadura altera a menstruação, os hormônios ou a libido?**

Não. A laqueadura não afeta diretamente o útero ou os ovários, de forma que não se espera alteração no padrão menstrual da pessoa ou nos níveis de hormônios.

- **A laqueadura pode ser revertida?**

A laqueadura deve ser realizada com intenção de ser permanente, mas pode ser revertida. No entanto, procedimento de reversão é difícil e com frequência não é bem sucedido, além de aumentar a chance de gestação ectópica. A reversão da laqueadura, devido à sua complexidade e baixa taxa de sucesso, não é oferecida na rede municipal.

Figura 7. Como descartar gravidez.



**Questionário de investigação:**

1. A data de início da sua última menstruação foi há menos de 7 dias? (há menos de 12 dias no caso do DIU de cobre)
2. Você está em uso correto, sem falhas ou esquecimentos, de um método contraceptivo eficaz?
3. Você está sem ter relação sexual passível de gerar gravidez (pênis-vagina) desde a sua última menstruação?
4. Você está em aleitamento materno exclusivo e sem menstruar?
5. Você teve parto há menos de 4 semanas ou abortamento nos últimos 12 dias?

Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher.

## REFERÊNCIAS

ANAWALT, B.; PAGE, S. **Approach to the male with infertility**. UpToDate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-male-with-infertility>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

BOWMAN N, THWAITES A. **Menstrual cup and risk of IUD expulsion** — a systematic review. *Contracept Reprod Med*. 2023;8:15. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s40834-022-00203-x>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa — Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5ª ed. Brasília(DF): Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. — 1. ed., 1. reimpr. — Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26).

BVS APS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE. Núcleo de Telessaúde Espírito Santo. **Deve-se suspender o uso de anticoncepcional hormonal combinado oral quanto tempo antes da avaliação da função ovariana?** — BVS Atenção Primária em Saúde. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/deve-se-suspender-o-uso-de-anticoncepcional-hormonal-combinado-oral-quanto-tempo-antes-da-avaliacao-da-funcao-ovariana/>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

CIASCA, S; HERCOWITZ, A.; LOPES J., A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+: práticas de cuidado transdisciplinar**. 1a. edição. São Paulo: Manole, 2021.

ERKAN, D.; ZUILY, S. **Clinical manifestations of antiphospholipid syndrome**. UpToDate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-of-antiphospholipid-syndrome/>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

ESHRE Guideline Group on RPL; BENDER ATIK, R. *et al.* **ESHRE guideline: recurrent pregnancy loss: an update in 2022.** Hum Reprod Open. 2023 Mar 2;2023(1):hoad002. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/hropen/hoad002>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

FINOTTI, Marta. **Manual de anticoncepção.** — São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015.

HONG LI, Y.; MARREN, A. **Recurrent pregnancy loss: A summary of international evidence-based guidelines and practice.** Aust J Gen Pract. 2018 Jul;47(7):432-436. Disponível em: <https://doi.org/10.31128/AJGP-01-18-4459>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

KUOHUNG, W.; HORNSTEIN, M. **Female infertility: Causes.** UpToDate. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-infertility-causes>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

KUOHUNG, W.; HORNSTEIN, M. **Female infertility: Evaluation.** UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-infertility-evaluation>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

KUOHUNG, W.; HORNSTEIN, M. **Female infertility: Treatments.** UpToDate. 2021. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/female-infertility-treatments#>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

KUOHUNG, W.; HORNSTEIN, M. **Overview of infertility.** UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-infertility>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

PASSOS, E.; FREITAS, F.; ALMEIDA, I. C. **Infertilidade. In: DUNCAN, B. Medicina Ambulatorial : condutas de atenção primária baseadas em evidências.** Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 1219–1223.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal.** 2a. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

PRACTICE COMMITTEE OF THE AMERICAN SOCIETY FOR REPRODUCTIVE MEDICINE. **Evaluation and treatment of recurrent pregnancy loss: a committee opinion.** Fertil Steril. 2012 Nov;98(5):1103-11. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2012.06.048>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria De Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Saúde Integral, Reprodutiva e Sexual: Inserção, Revisão e Remoção do Dispositivo Intrauterino: Atenção Primária à Saúde e Maternidades.** 2a. ed. Rio de Janeiro: SMS/RJ, 2022. (Série Protocolos de Enfermagem).

SACKEY, J.; BLAZEY-MARTIN, D. **The preconception office visit.** UpToDate. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/the-preconception-office-visit>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. **Recurrent pregnancy loss: Definition and etiology.** UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-definition-and-etiology>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. **Recurrent pregnancy loss: Evaluation.** UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-evaluation#>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

TULANDI, T.; AL-FOZAN, H. **Recurrent pregnancy loss: Management.** UpToDate. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/recurrent-pregnancy-loss-management#>. Acesso em: 19 de abril de 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola. Rotinas Assistenciais. **Consulta Pré-Concepcional.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: [http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/consulta\\_pre\\_concepcional.pdf](http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/consulta_pre_concepcional.pdf). Acesso em: 19 de abril de 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Department of Sexual and Reproductive Health and Research (WHO/SRH) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health / Center for Communication Programs (CCP), knowledge success. **Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update).** Baltimore and Geneva: CCP and WHO; 2022.

## ANEXOS

### ANEXO 1 — TAXA DE FALHA DOS DIFERENTES MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (os valores são referentes à taxa de gravidez na população em uso de determinado método ao longo de 1 ano)

MÉTODO	TAXA DE FALHA (USO PERFEITO)	TAXA DE FALHA (USO TÍPICO)
Vasectomia	0,1%	0,15%
Laqueadura tubária	0,5%	0,5%
DIU hormonal	0,5%	0,7%
DIU de cobre	0,6%	0,8%
Implante hormonal	0,1%	0,1%
Amenorreia lactacional	0,9%	2%
Injetável mensal	0,05%	3%
Injetável trimestral	0,2%	4%
Pílula combinada	0,3%	7%

MÉTODO	TAXA DE FALHA (USO PERFEITO)	TAXA DE FALHA (USO TÍPICO)
Anel/adesivo	0,3%	7%
Minipílula	0,3%	7%
Preservativo externo	2%	13%
Preservativo interno	5%	21%
Tabelinha	9%	25%
Percepção da fertilidade	3%	23%
Diafragma	16%	17%
Coito interrompido	4%	20%
Nenhum	85%	85%

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2022 update).

## ANEXO 2 — COMPARAÇÃO ENTRE O DIU DE COBRE E O DIU HORMONAL

DESCRITORES	DIU DE COBRE (TCU 380A)	DIU HORMONAL (LEVONORGESTREL 52mg)
<b>Mecanismo de ação</b>	Ação inflamatória e citotóxica com efeito espermicida	Espessamento do muco cervical, inibindo a passagem de espermatozoides. Atrofia endometrial, ocasionando redução da duração e do volume de sangramento menstrual, frequentemente evoluindo para oligomenorreia ou amenorreia.
<b>Taxa de falha no primeiro ano de uso</b>	6 a 8 gestações a cada 1.000 (método de alta eficácia)	2 gestações a cada 1.000 (método de alta eficácia)
<b>Tempo máximo recomendado de uso</b>	10 anos	5 anos
<b>Início de proteção contraceptiva</b>	Imediato	Após 7 dias
<b>Retorno de fertilidade após retirada</b>	Imediato	Imediato
<b>Contracepção de emergência</b>	Sim, até 5 dias após a relação desprotegida	Não
<b>Efeitos sobre a menstruação</b>	Pode aumentar o volume e a duração do sangramento, assim como a cólica menstrual. Pode gerar irregularidade menstrual nos primeiros meses após a inserção.	Redução do volume de sangramento, podendo evoluir com amenorreia. Pode causar irregularidade e escape ( <i>spotting</i> ) menstrual, principalmente nos primeiros meses após a inserção.

DESCRITORES	DIU DE COBRE (TCU 380A)	DIU HORMONAL (LEVONORGESTREL 52mg)
<b>Principais motivos de descontinuação do método</b>	Aumento do sangramento e da cólica menstrual	Efeitos adversos hormonais, como acne, náusea, cefaleia e irregularidade menstrual
<b>Contraindicações específicas ao tipo de dispositivo</b>	Alergia ao cobre; distúrbios graves associados à dificuldade de coagulação	Câncer de mama; episódio tromboembólico recente; hepatopatia grave

Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher.

### ANEXO 3 — COMPARAÇÃO ENTRE INJEÇÃO MENSAL E TRIMESTRAL

DESCRITORES	INJETÁVEL MENSAL (AIM)	INJETÁVEL TRIMESTRAL (AIT)
<b>Intervalo entre as doses</b>	1 mês	3 meses
<b>Flexibilidade na data da dose</b>	3 dias antes ou depois da data programada	2 semanas antes ou depois da data programada
<b>Efeitos no padrão menstrual</b>	Sangramento irregular ou aumentado nos primeiros 3 meses, tendendo a regularizar com o passar dos meses. Raramente (2%) provoca amenorreia.	Sangramento irregular ou aumentado nos primeiros meses, tendendo à redução do volume de sangue e da frequência menstrual com o passar dos meses. Cerca de metade das pessoas usuárias evoluem com amenorreia no primeiro ano de uso.

DESCRITORES	INJETÁVEL MENSAL (AIM)	INJETÁVEL TRIMESTRAL (AIT)
<b>Efeitos adversos</b>	Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido, piora da acne, aumento da pressão arterial e do risco de eventos tromboembólicos.	Pode apresentar efeitos colaterais, como dor de cabeça, sensibilidade das mamas, náuseas, mudanças na libido, acne, ganho de peso e redução leve da massa óssea.
<b>Retorno da fertilidade após interrupção</b>	Rápido, em média após 1 mês.	Pode ser demorado — em média após 4 meses.
<b>Taxa de falha</b>	3%	4%

Fonte: Elaborado pela Gerência de Saúde da Mulher.

## ANEXO 4 — ENTREVISTA PARA DESCARTAR GESTAÇÃO

- Avalie a possibilidade de gestação:
  - Se houver atraso menstrual ou menstruação de padrão não habitual nos últimos meses, deve-se realizar teste rápido de gravidez (se negativo, o método contraceptivo escolhido poderá ser iniciado);
  - Se a última menstruação ocorreu há mais de 12 dias, tendo ocorrido penetração vaginal por pênis nesse intervalo, sem uso de método contraceptivo eficaz de forma correta, há risco de gestação, sendo recomendado aguardar a próxima menstruação para a início do método contraceptivo, e enquanto isso, oriente uso de preservativo, outros métodos ou abstenção sexual, de forma a evitar uma gestação indesejada.
- Oriente retorno para realização de teste rápido de gestação caso ocorra atraso menstrual.

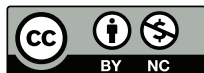
**Considera-se que não há risco de gestação na existência de qualquer uma dessas situações:**

- Última menstruação há menos de 12 dias; ou
- Uso correto de método contraceptivo eficaz; ou
- Sem prática sexual passível de gerar gestação desde a última menstruação; ou
- Aleitamento materno exclusivo na ausência de menstruação; ou
- Parto há menos de 4 semanas; ou
- Abortamento nos últimos 12 dias.





**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO**  
**Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)**  
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar, Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110  
[www.prefeitura.rio/web/sms](http://www.prefeitura.rio/web/sms)



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.



SAÚDE

