

Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério - eliminando a perda de oportunidades

Protocolos Febrasgo

Obstetrícia – nº 16 – 2018



DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Corintio Mariani Neto

Diretor Administrativo/Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

Diretor de Defesa e Valorização
Profissional

Alex Bortotto Garcia

Vice-Presidente

Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

Vice-Presidente

Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo

Vice-Presidente

Região Norte

Agnaldo Lopes da Silva Filho

Vice-Presidente

Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender

Vice-Presidente

Região Sul



COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL – 2016 / 2019

Presidente

Olimpio Barbosa de Moraes Filho

Vice-Presidente

Eliana Martorano Amaral

Secretário

Júlio Eduardo Gomes Pereira

Membros

José Carlos Peraçoli

Jorge Oliveira Vaz

Juliana Silva Esteves

Laura Ceragioli Maia

Lilian de Paiva Rodrigues Hsu

José Henrique Rodrigues Torres

Robinson Dias de Medeiros

Tadeu Coutinho

Vanessa Canabarro Dios

Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – eliminando a perda de oportunidades

Aníbal Faúndes¹

Olímpio Barbosa de Moraes Filho²

Descritores

Pré-natal; Puerpério; Contraceção; Gravidez não planejada; Obstetria

Como citar?

Faúndes A, Moraes Filho OB. Orientações contraceptivas no pré-natal e no puerpério – eliminando a perda de oportunidades. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetria, no. 16/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal).

Introdução

A gravidez não planejada atinge grande número de mulheres no Brasil e no resto do mundo. Mais de cem milhões de mulheres ou aproximadamente 18% daquelas que vivem com seus parceiros, em países em desenvolvimento, desejam evitar a gravidez, mas não fazem uso de métodos contraceptivos.⁽¹⁾ Essa situação é ainda pior no grupo dos 69 países mais pobres do mundo, objeto de programa global específico, mas onde mais de 21,6% das mulheres em união desejavam prevenir a gestação, todavia não usavam métodos modernos em 2017.⁽²⁾ Esses dados revelam a falta de informação e orientação sobre o uso de anticoncepcionais disponíveis e do conhecimento no tocante à necessidade individual de cada mulher.

¹Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

²Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

*Este protocolo foi validado pelos membros da Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal e referendado pela Diretoria Executiva como Documento Oficial da FEBRASGO. Protocolo FEBRASGO de Obstetria nº 16, acesse: <https://www.febrasgo.org.br/>

No Brasil, em 2006, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Mulher e da Criança indicaram que apenas 54% das mulheres haviam planejado sua gravidez e, em 18% dos casos, esta era indesejada.⁽³⁾ Essas gestações não planejadas são consideradas de risco, pois, frequentemente, estão associadas a alguns hábitos e ou intercorrências obstétricas que, dentre tantas, destacam-se: retardo do início do pré-natal ou realização de forma inadequada, tabagismo, recém-nascido de baixo peso e não aleitamento.⁽⁴⁾ Outra preocupação é a ocorrência de nova gravidez em um curto espaço de tempo, que interfere não só nas complicações materno-fetais, mas também apresenta repercussão social e econômica.⁽⁵⁾ Uma revisão sistemática, de Conde-Agudelo et al.,⁽⁶⁾ que incluiu 77 estudos realizados em países dos seis continentes, analisou a associação de intervalo entre gestações (IEG) e resultados neonatais, tais como prematuridade, baixo peso ao nascimento, pequeno para a idade gestacional (PIG), morte fetal e neonatal precoce. IEGs de menos de seis meses estiveram significativamente associados a um aumento de prematuridade (Odds Ratio = 1.40), PIG (Odds Ratio = 1.26) e baixo peso ao nascimento (Odds Ratio = 1.61). Intervalos de 6 a 17 meses estiveram significativamente associados a esses três resultados perinatais adversos. Além disso, mulheres com cesárea segmentar anterior, submetidas à prova de trabalho de parto com IEG menor de 16 meses, tiveram um risco aumentado de ruptura uterina.⁽⁶⁾ Até o momento, não há um conceito padrão sobre este período, mas vários estudos têm mostrado que um bom intervalo entre um parto e outro varia de 18 a mais de 23 meses. Esses fatores aumentam o risco de morbimortalidade materna e ou perinatal por meio de maior incidência de doenças hipertensivas e hemorrágicas.⁽⁵⁾ A explicação é atribuída à depleção nutricional

nal materna, à teoria de competição materno-fetal e aos fatores ambientais.⁽⁵⁾ As gestantes necessitam ser informadas sobre esse risco durante o pré-natal ou puerpério. Dessa forma, os períodos da gravidez e do pós-parto são decisivos para o conhecimento, a orientação e o estímulo de uso de anticoncepção.

Qual o melhor momento para a orientação de anticoncepção? Durante o pré-natal ou após o parto?

O principal objetivo do planejamento familiar é reduzir o número de gestações não planejadas, que, conseqüentemente, não são desejadas na maior parte dos casos. A incidência de uso de métodos contraceptivos no país vem aumentando, mas ainda há muitas mulheres que necessitam de auxílio na orientação e na escolha.⁽³⁾

A gravidez e o período pós-parto são momentos adequados para se falar sobre métodos anticoncepcionais, pois há um aumento de motivação para usá-los. Durante o pré-natal, a gestante tem contato próximo e constante com profissionais de saúde devido às várias consultas nas quais muitos assuntos podem ser abordados e discutidos. Esse momento favorece o relacionamento médico-paciente e o questionamento das necessidades individuais de anticoncepção. Há um tempo para refletir sobre a escolha do melhor método contraceptivo ou aquele que mais agrada a mulher. A orientação interfere diretamente na decisão sobre o uso e no tipo de contracepção que será utilizada. Há algumas evidências que mostram maior receptividade na orientação e informação sobre contracepção durante o pré-natal, principalmente, na decisão para métodos definitivos como a laqueadura tubária.⁽⁷⁾

Nesse sentindo, em se tratando da possibilidade do início imediato após o parto vaginal ou cesárea, particularmente, do dispositivo intrauterino (DIU), isso só pode ser realizado se a mulher recebeu a orientação no pré-natal e tomou a livre decisão de escolher esse método anticoncepcional para ser inserido no pós-parto imediato.

Durante a internação no pós-parto, o contato médico ou da enfermagem é diário, propiciando a conversa sobre métodos contraceptivos. Se essas orientações já foram feitas durante o pré-natal, necessitam ser reforçadas para a escolha do melhor ou mais adequado anticoncepcional. A puérpera precisa de cuidados especiais, pois vivencia alterações físicas, emocionais e sociais que incluem a depressão, o aleitamento, a alteração de libido e de vida sexual.⁽⁸⁾

Uma metanálise, em 2010, avaliou a eficácia da informação e da orientação de métodos contraceptivos durante o pós-parto.⁽⁹⁾ E concluiu que o uso de anticoncepcionais aumentou e isso teve como consequência menor número de gestações não planejadas.⁽⁹⁾ Os melhores resultados obtidos foram entre as pacientes que participaram de grupos educativos sobre métodos contraceptivos por duas ou mais vezes.⁽⁹⁾

No México, onde o planejamento familiar atua com orientação de anticoncepção durante o pré-natal, os estudos mostram um aumento de duas vezes na utilização de contraceptivos quando comparados às informações oferecidas apenas no puerpério. Observaram aumento significativo na utilização do preservativo, do dispositivo intrauterino e da anticoncepção cirúrgica.⁽¹⁰⁾

Resultados semelhantes foram avaliados por Hernandez et al. em estudo publicado em 2012 e realizado na Flórida, onde, também, observaram que o uso de anticoncepção estava relacionado a

estar morando com parceiro, a ter tido algum problema obstétrico, bem como quanto ao nível de renda familiar e ao grau de escolaridade.⁽¹¹⁾ Porém esses resultados não foram obtidos em trabalhos realizados em outros locais, como China, Escócia e África do Sul,⁽¹²⁾ talvez, porque nestes locais a prevalência de utilização de métodos contraceptivos é alta, por exemplo, em Edimburgo, atinge cerca de 80% das mulheres.^(12,13)

No puerpério e durante todo processo de amamentação natural, o medo de uma nova gestação está quase sempre presente, sendo, portanto, importante que se ofereça contracepção segura e adequada sem interferir no desenvolvimento da criança e estimulando ao máximo o aleitamento materno.

Os benefícios do aleitamento materno são sobejamente conhecidos há muito tempo, tanto na consolidação do vínculo afetivo e psicológico mãe-filho quanto na redução da morbidade e mortalidade neonatal e infantil, principalmente, por meio da transmissão de imunoglobulinas, pela modificação da flora bacteriana do trato gastrointestinal do bebê e pela exposição reduzida a patógenos presentes na água ou em outro leite.⁽¹⁴⁾ Há, ainda, grandes evidências que mães que amamentam apresentam menor sangramento no pós-parto, involução uterina mais rápida, atraso da ovulação, assim, aumentando o intervalo interpartal.⁽¹⁴⁾ Devem ser ainda lembradas as inúmeras vantagens sob os aspectos práticos e econômicos.

As considerações sobre a necessidade de preservar o aleitamento levaram a Organização Mundial de Saúde (OMS) a colocar apenas o DIU com cobre na categoria 1 (sem restrições) de elegibilidade para início imediato ou nas primeiras 48 horas após o parto, colocando na categoria 2 (vantagens superam possíveis desvantagens) a pílula de progestagênio, os implantes subdérmicos e o DIU

com levonorgestrel. A injeção trimestral de acetato de medroxi-progesterona está na categoria 3 (desvantagens superam possíveis vantagens) porque se desconhecem os possíveis efeitos sobre o recém-nascido no tocante ao progestagênio presente no leite materno. O Center for Disease Control and Prevention (CDC) dos EUA tem um critério um pouco mais liberal, colocando na categoria 1 todos os progestagênios após 30 dias do parto, enquanto a OMS faz o mesmo apenas após seis semanas pós-parto.⁽¹⁵⁾

Retorno da fertilidade

O retorno da ovulação após o término da gravidez depende basicamente de como está sendo conduzido o processo de amamentação. Em mulheres que não amamentam, a função do eixo hipófise-hipotálamo, geralmente, normaliza-se entre quatro e seis semanas após o parto, com o início da ovulação ocorrendo em média ao redor de 40-45 dias do puerpério, mas algumas puérperas que não amamentam apresentam ovulação, precocemente, por volta do 25º dia.⁽¹⁶⁾ Na presença de aleitamento materno exclusivo, não ocorre a função cíclica normal do eixo hipófise-hipotálamo devido à hiperprolactinemia, com conseqüente alteração nos níveis de gonadotrofinas e na ovulação. O padrão de amamentação é importante na manutenção da amenorreia e da anovulação, sendo o número de sucções (mais de cinco vezes por dia) e a duração das mamadas (mais de 80 minutos por dia) fatores básicos. Estudos prospectivos têm referido que a primeira menstruação em mulheres que amamentam ocorre em média 28 semanas após o parto.⁽¹⁷⁾ Os ciclos iniciais são frequentemente associados com fase lútea inadequada e com relativa infertilidade, tendo uma média de início de retorno de ovulação por volta de 33 semanas.⁽¹⁷⁾ Deve-se frisar, no entan-

to, que, embora seja importante e sobejamente o conhecimento do efeito anticoncepcional da lactação do ponto de vista de saúde pública, ela não pode ser considerada método confiável em âmbito individual, principalmente, após os primeiros 60 dias, na dependência do esquema de amamentação, da presença ou não de amenorreia e da suplementação alimentar do lactente.

Método de Amenorreia da Lactação – LAM

O aleitamento materno apresenta efeito contraceptivo e tem valor no espaçamento do intervalo interpartal, principalmente, em países, como o Brasil, em desenvolvimento. Durante a lactação, ocorrem elevados níveis de prolactina, que são responsáveis pela inibição da secreção de hormônios hipotalâmicos, que interferem no eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Há alteração na liberação de estrogênio que interfere na ovulação. O aleitamento como método contraceptivo se baseia na ausência de ovulação e amenorreia causada pelas modificações hormonais já descritas.⁽¹⁷⁾ A efetividade desse método depende da intensidade e da frequência das mamadas. Puérperas que amamentam de forma exclusiva (quando o aleitamento é a única fonte de alimento para o recém-nascido), com menos de seis meses pós-parto e em amenorreia devem ser avisadas que a eficácia desse método é de aproximadamente 98%.⁽¹⁸⁾ Estudo prospectivo, que avaliou a incidência de gravidez em mulheres que amamentavam exclusivamente e encontravam-se em amenorreia, observou uma taxa de falha de 0,9% a 1,2% nos primeiros seis meses.⁽¹⁹⁾ A parada da amamentação altera os valores de prolactina, reduzindo-os, e ocorre o retorno da ovulação em 14 a 30 dias.⁽¹⁹⁾ Atualmente, poucas mulheres conseguem manter o aleitamento exclusivo durante os primeiros seis meses, mas podem

ser orientadas a usar o LAM enquanto isso ocorrer. Revisão sistemática, publicada em 2008, revelou que a mulher que amamenta exclusivamente e encontra-se em amenorreia possui baixo risco de gravidez nos seis primeiros meses após o parto, o que foi denominado de subfertilidade da lactação.⁽²⁰⁾ Alguns fatores podem facilitar o retorno da fertilidade, tais como redução da frequência das mamadas, parada ou diminuição das mamadas noturnas, introdução de suplementos (chá, suco de frutas, alimentos sólidos), separação do bebê (retorno ao trabalho), ansiedade, estresse ou alguma doença materna ou do recém-nascido.⁽²⁰⁾ Mulheres que se utilizam do LAM devem ser orientadas que a eficácia desse método diminui quando decresce o número de mamadas, a menstruação retorna ou com mais de seis meses após o parto. Considera-se retorno da menstruação a ocorrência de sangramento por mais de dois dias e há necessidade de uso de absorvente.⁽²⁰⁻²³⁾ Em puérperas que apresentam alguma doença clínica ou cirúrgica, com risco de piora na gravidez, métodos mais eficazes devem ser escolhidos.

Quando deve ser iniciada a utilização do método anticoncepcional?

Nas puérperas que não amamentam ou quando o aleitamento é misto, o início do uso de método contraceptivo deve ocorrer até a terceira ou quarta semana após o parto.⁽¹⁹⁾ Em presença de aleitamento materno exclusivo, pode-se iniciar a anticoncepção mais tardiamente, a partir da sexta semana após o parto, sendo aconselhável que não se ultrapasse o período de três meses sem método algum.⁽¹⁹⁾ Em mulheres em amenorreia é recomendável que, antes da introdução de qualquer método contraceptivo, afaste-se a hipótese de gravidez.

Orientação e escolha de anticoncepção

No período após o parto, puerpério, ao fazer a escolha contraceptiva, além das características inerentes a qualquer método, tais como eficácia, segurança, eventos adversos e reversibilidade, deve-se atentar para a possibilidade de efeitos sobre a lactação e o recém-nascido. Algumas opções podem ser limitadas devido às alterações que podem causar na qualidade ou na quantidade do leite. Os métodos devem ser avaliados de acordo com os critérios de elegibilidade para uso de contraceptivos estipulados pela Organização Mundial de Saúde.⁽²¹⁾

Métodos contraceptivos

Crítérios de elegibilidade para uso dos métodos anticoncepcionais

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem-se preocupando em nortear a indicação de critérios clínicos de elegibilidade para uso de métodos contraceptivos por meio da classificação em quatro categorias, assim, estabelecendo a conveniência ou a restrição ao uso de um determinado anticoncepcional:⁽²¹⁾

- Categoria 1: o método pode ser usado sem restrição.
- Categoria 2: o método pode ser usado com restrições; são situações nas quais as vantagens em usar o método superam os riscos. Nesta categoria, o método não é a primeira escolha e, quando usado, deve ser acompanhado com cautela.
- Categoria 3: os riscos decorrentes do seu uso superam os benefícios, sendo necessário acompanhamento rigoroso da usuária.
- Categoria 4: o método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável.

Os métodos podem ser classificados em transitórios e definitivos. Os transitórios mais utilizados são os de barreira, dispositivo intrauterino e os hormonais.

Métodos de barreira

São métodos que evitam a gravidez e impedem a ascensão dos espermatozoides ao trato genital superior. Atuam por meio de obstáculos mecânicos ou físicos. São divididos em masculino, o preservativo, e feminino que compreende o preservativo feminino, o diafragma e os espermicidas. Todas essas opções podem ser utilizadas durante a amamentação.⁽²⁴⁾

Algumas orientações sobre o uso desses métodos devem ser feitas de forma específica para as mulheres no puerpério e durante o aleitamento. O epitélio vaginal da puérpera está atrófico, com lubrificação diminuída; assim, é recomendável o emprego dos métodos de barreira associados a lubrificantes. A eficácia desses métodos depende do seu uso correto, sendo importante que a mulher esteja consciente da necessidade de colocá-los em todas relações sexuais, respeitando as instruções sobre seu uso.

Preservativo masculino – Dar preferência aos lubrificados ou associar o emprego de espermicidas, assim, contornando a falta de lubrificação vaginal e aumentando a sua eficácia.

Preservativo feminino – As características de uso são semelhantes às encontradas fora do puerpério. Necessita ser colocado antes de qualquer contato genital e durante a penetração certificar-se que o pênis se encontra dentro do dispositivo. A opção de uso deste método oferece proteção contra doenças sexualmente transmissíveis tendo uma vantagem em relação ao preservativo masculino, que é a cobertura dos genitais externos.

Diafragma – Iniciar o uso após seis semanas do parto, quando já ocorreu toda involução uterina, pois sua eficácia depende da medida correta do tamanho, com adequada localização anatômica no canal vaginal.⁽¹⁹⁾ Em casos em que a puérpera já era usuária de diafragma, impõe-se nova medida. A associação com espermicida oferece as mesmas vantagens referidas para o preservativo.

Espermicidas – Formam uma barreira química ao acesso dos espermatozoides ao trato reprodutivo feminino. Não há relatos de alterações no aleitamento ou de efeitos colaterais para o lactente. Recomendações recentes da Organização Mundial de Saúde sugerem que apenas mulheres de baixo risco para doenças sexualmente transmissíveis usem espermicidas contendo nonoxinol 9. O uso repetido ou em altas doses de nonoxinol 9 está associado ao aumento de risco de lesões genitais, que podem propiciar a aquisição de infecção por HIV.⁽¹⁹⁾

Dispositivo intrauterino

É um método bastante seguro e conveniente no puerpério e não interfere no processo de lactação e no desenvolvimento da criança. Oferece como vantagens alta eficácia e longa duração, sem apresentar maior incidência de complicações do que fora deste período.⁽²¹⁾

A inserção do dispositivo intrauterino pode ser feita por via vaginal, imediatamente após a dequitação (até 10 minutos) ou até 48 horas do parto, ou por via abdominal, durante a cesárea, antecedendo à histerorrafia (Categoria 1).⁽²¹⁾

Em revisão sistemática, publicada em 2010, os autores concluíram que a inserção logo após o parto parece ser segura, eficaz, apesar do pequeno número de estudos comparativos com colocações em outros momentos.⁽²²⁾

Este procedimento não apresenta aumento de complicações, como perfurações ou infecções, mas pode evoluir com discreta elevação no número de expulsões.⁽²²⁾ Estudo realizado no Brasil confirmou que a inserção do DIU com cobre, nos primeiros 10 minutos após o parto, não aumenta em nada o sangramento pós-parto nem a incidência de endometrite ou de outras infecções.⁽²³⁾

Outros estudos referem menor taxa de expulsão quando a inserção do dispositivo intrauterino é feita nos primeiros dez minutos após a dequitação e após cesárea quando comparada à via vaginal.⁽²⁴⁾ Essa intercorrência pode ser reduzida ou evitada com treinamento específico e colocação adequada nos primeiros minutos após a dequitação. A inserção logo após o parto apresenta como vantagem a alta motivação das mulheres, facilidade e conveniência, principalmente, para aquelas que têm dificuldade de acesso a serviços médicos. As taxas de continuidade de uso do método são similares às das inserções em outros momentos.

Em alguns países, como na China, no México e no Egito, essa conduta é adotada e tornou-se popular.⁽²²⁾

A colocação do DIU deve ser evitada após 48 horas até quatro semanas pós-parto, pois existe maior risco de perfuração (Categoria 3).⁽²¹⁾ Na presença de infecção puerperal, o DIU não deve ser colocado (Categoria 4).⁽²¹⁾

Quanto ao uso de sistema intrauterino com levonorgestrel, semelhante ao dispositivo que contém cobre, pode ser inserido logo após o parto, mas como outros anticoncepcionais com progestagênios, está na categoria 2 da OMS.⁽²¹⁾ Estudos não têm mostrado alterações no aleitamento nem no acompanhamento do desenvolvimento das crianças no período de utilização; é um método que pode ser inserido até 48 horas de pós-parto

(Categoria 2) ou após 4 semanas do parto, como o DIU com cobre (Categoria 1).⁽²¹⁾

O uso deste método tem apresentado alta eficácia e aceitabilidade entre as usuárias.⁽²⁵⁾ Shaamash et al., em trabalho randomizado e controlado, não observaram diferença na duração do aleitamento materno e no crescimento de bebês entre usuárias de dispositivo intrauterino com cobre quando comparado ao que contém levonorgestrel.⁽²⁵⁾ Os níveis hormonais séricos obtidos são menores que os das usuárias de contraceptivos hormonais orais ou dos implantes só com progestagênios.⁽²⁵⁾

Métodos hormonais

Os anticoncepcionais hormonais são utilizados e preferidos por muitas mulheres. No período logo após o parto e durante o aleitamento, alguns cuidados devem ser tomados. Há hipótese de que os hormônios transferidos para o recém-nascido durante o aleitamento podem ter valores maiores que o esperado na circulação sanguínea infantil. Isso ocorre tanto devido à imaturidade hepática, que não consegue metabolizar de forma adequada os hormônios, quanto à renal, que não o excreta apropriadamente.⁽²⁶⁾ Porém é importante ser referido que a transferência dos hormônios pelo leite é pequena e alguns estudos colocam em dúvida que ela realmente exista.⁽²⁷⁾ O método contraceptivo hormonal é classificado de acordo com sua composição, combinado quando contém progestagênio associado ao estrogênio ou só com progestagênios.

a) Com progestagênio isolado (oral, injetável trimestral, implante subdérmico)

Podem ser empregados durante o aleitamento, sem afetar o crescimento e o desenvolvimento do recém-nascido, não al-

teram o volume do leite produzido nem a concentração de proteínas, lipídeos ou lactose.⁽²⁸⁻³⁰⁾ A orientação é para início após seis semanas do parto e devem ser os preferidos quando a opção desejada pela puérpera for a contracepção hormonal.⁽²¹⁾ A excreção desses hormônios pelo leite é pequena, correspondendo a menos de 1% da dose materna. Poucos trabalhos avaliaram a metabolização desses hormônios nos lactentes, mas há estudo que acompanhou, por oito anos, crianças cujas mães utilizaram contraceptivos hormonais e que não evidenciou alteração no crescimento ou no desenvolvimento.^(28,29)

Em outras publicações, como em uma revisão sistemática em 2010, os autores concluíram que mesmo com o início precoce do anticoncepcional, ou seja, logo após o parto, não houve interferência no sucesso da amamentação.⁽³¹⁾ A eficácia destes métodos é alta, correspondendo a uma taxa de falha menor que 1%.

- A minipílula (0,35 mg de norestisterona ou 0,03 mg de levonorgestrel ou 0,5 mg de linestrenol) pode ser mantida até seis meses ou até a paciente menstruar, geralmente, coincidindo com o início da complementação alimentar da criança (Categoria 1).⁽²¹⁾
- Anticoncepcional hormonal oral contendo doses maiores de progestagênio (75 mcg de desogestrel) apresenta maior eficácia que as minipílulas, podendo ser mantido mesmo após o término da lactação. Estudos recentes não observaram alterações na composição ou na quantidade do leite materno (Categoria 1).⁽²¹⁾
- A injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona (150mg), por via intramuscular, deve ser iniciada após seis semanas do parto (categoria 1) e seu uso antes desse período deve ser evitado (Categoria 3).^(15,21)

É um método de alta eficácia, com facilidade de uso e poucos efeitos colaterais. Estudos não detectaram qualquer efeito clinicamente mensurável sobre a saúde ou o crescimento de bebês amamentados por mulheres que usaram este método a partir das seis semanas após o parto (Categoria 1). Outro dado positivo é a referência que usuárias deste método apresentam maior duração do aleitamento exclusivo quando comparadas à utilização de outros.⁽³²⁾

- O implante subdérmico (etonogestrel) apresenta alta eficácia associada à praticidade e à conveniência. Estudos que avaliaram a ação hormonal no aleitamento não observaram efeitos sobre o sucesso, a continuidade da lactação e o desenvolvimento da criança.^(33,34) Tem como vantagem ser um método de longa duração (até cinco anos),⁽³⁵⁾ com rápido retorno à fertilidade, após sua remoção. Pode ser inserido após seis semanas do parto (Categoria 1).⁽²¹⁾

Trabalhos recentes têm relatado que mulheres nas quais o implante foi colocado precocemente, entre um e três dias após o parto, não apresentaram diferenças no aleitamento, quando comparadas àquelas com inserção após 4-8 semanas.⁽³⁶⁾

Recente versão Cochrane mostrou que a taxa de inserção foi maior quando inserido no pós-parto imediato em comparação com a postergação da inserção para visita posterior, mas a taxa de continuação de uso e de gravidez aos 12 meses foi a mesma em ambos os grupos.⁽³⁷⁾

As mulheres que optam por utilizar método só com progestagênio devem ser avisadas de que a incidência de amenorreia durante o aleitamento é alta, mas pode ocorrer sangramento irregular.

b) **Hormonal combinado** (via oral, injetável, transdérmica ou vaginal)

Durante a gravidez ocorrem alterações hematológicas, como aumento de fatores de coagulação e de fibrinogênio, com decréscimo de anticoagulantes naturais levando a um maior risco de fenômenos tromboembólicos. Algumas mulheres apresentam um aumento adicional no risco por terem mais de 35 anos ou fumarem. Dessa forma, os contraceptivos hormonais combinados não devem ser utilizados nas primeiras semanas após o parto, pois aumentam a chance de complicações tromboembólicas (Categoria 4).⁽²¹⁾

Jackson et al, em 2011, publicaram revisão sistemática sobre o risco de trombose venosa durante puerpério, após avaliação de 13 estudos. O aumento observado foi de 22 a 84 vezes nos primeiros 42 dias após o parto, quando comparado à paciente não grávida saudável e em idade reprodutiva.⁽³⁸⁾ Esse risco está muito elevado logo após o parto, mas declina nos primeiros 21 dias, retornando a valores basais após 42 dias.⁽³⁸⁾

Além disso, por ação do componente estrogênico, pode ocorrer diminuição da quantidade de leite, não alterando significativamente a concentração de proteínas, gorduras e lactose. Na presença de aleitamento, o contraceptivo hormonal combinado não deve ser usado antes de seis semanas do parto (Categoria 4) e precisa ser evitado, se houver a chance de usar outro método, até seis meses após o parto (Categoria 3).⁽²¹⁾

Esses cuidados necessitam ser realizados, pois em revisões sistemáticas os dados são insuficientes para afirmar que não há efeito na quantidade ou qualidade do leite.⁽³⁹⁾

A passagem dos hormônios para o lactente ocorre em geral em proporções inferiores a 1% da dose materna, semelhantes aos valores hormonais observados em mulheres com ciclos ovulatórios.

Muitos estudos não observaram efeitos adversos no leite em relação à qualidade nem à quantidade.⁽⁴⁰⁾

Os métodos hormonais combinados não devem ser indicados quando ocorrer aleitamento materno exclusivo. Se forem utilizados em pacientes que já estão menstruando e com amamentação mista, a opção mais adequada será o uso de contraceptivo hormonal de baixa dose (estrógeno ≤ 30 mcg), ingerindo-se a pílula de preferência logo após a mamada, ou no início do intervalo mais longo entre elas. Recomenda-se, também, que haja aumento da duração do estímulo de sucção.

Anticoncepção de emergência

Mulheres que estão amamentando podem usar anticoncepção de emergência sem restrições.⁽²¹⁾ O uso deste contraceptivo é recomendado para mulheres que tiverem relação desprotegida ou falha de método. No entanto não há indicação se ocorrer antes de 21 dias pós-parto.⁽²¹⁾ O seu uso deve ser feito preferencialmente após a mamada.

Métodos definitivos – esterilização

Por serem definitivos, tanto a vasectomia como a ligadura tubária, devem ser resultantes de decisão consciente e amadurecida do casal, tomada, de preferência, fora da gestação ou no início dela, e também não no momento do parto. As condições do recém-nascido devem ser levadas, sempre, em consideração. Devem ser respeitadas as orientações da Lei nº. 9263, de 1996, que trata de Planejamento Familiar e refere-se à esterilização voluntária, restringindo a esterilização cirúrgica no parto/puerpério aos casos de comprovada necessidade, ou seja, risco da vida materna ou por cesarianas sucessivas.⁽⁴¹⁾ Fora esses dois casos, a mulher deve ser

orientada a procurar um serviço de Planejamento Familiar, decorridos 30 dias do parto, para receber orientação necessária, bem como para eventual uso de um método contraceptivo, enquanto aguarda o processo de esterilização cirúrgica.

Considerações finais

Informações e orientações sobre métodos contraceptivos devem ser oferecidas à mulher ou ao casal durante o último trimestre da gravidez ou logo após o parto. A escolha do método contraceptivo e o momento de início são de extrema importância para o bom aleitamento materno. Mulheres que estão amamentando devem ser orientadas que a suplementação alimentar do recém-nascido, o retorno da menstruação e o período após seis meses do parto aumentam as chances da fertilidade. Todos os métodos contraceptivos devem ser oferecidos às mulheres que estejam amamentando. A escolha é sempre opção da mulher, contudo obedecendo às indicações e às características de cada método.

Referências

1. Ross JA, Winfrey WL. Unmet Need for Contraception in the Developing World and the Former Soviet Union: An Updated Estimate. *Int Fam Plan Perspect.* 2002;28(3):3.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2009.
3. Cahill N, Sonneveldt E, Stover J, Weinberger M, Williamson J, Wei C, Brown W, Alkema L. Modern contraceptive use, unmet need, and demand satisfied among women of reproductive age who are married or in a union in the focus countries of the Family Planning 2020 initiative: a systematic analysis using the Family Planning Estimation Tool. *Lancet.* 2018;391(10123):870-82.
4. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Fam Plann.* 2008;39(1):18–38.
5. Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, Horan JM. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes: a review of the literature. *N Engl J Med.* 1999;340(8):589–94.

6. Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Birth spacing and risk of adverse perinatal outcomes: a meta-analysis. *JAMA*. 2006;295(15):1809–23.
7. Walton SM, Gregory H, Cosbie-Ross G. Family planning counseling in an antenatal clinic. *Br J Fam Plann*. 1987;13(4):136–9.
8. Shaw E, Kaczorowski J. Postpartum care—what’s new? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2007;19(6):561–7.
9. Lopez LM, Hiller JE, Grimes DA. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010; Jan 20; (1):CD001863. Review.
10. Barber SL. Family planning advice and postpartum contraceptive use among low-income women in Mexico. *Int Fam Plan Perspect*. 2007;33(1):6–12.
11. Hernandez LE, Sappenfield WM, Goodman D, Pooler J. Is effective contraceptive use conceived prenatally in Florida? The association between prenatal contraceptive counseling and postpartum contraceptive use. *Matern Child Health J*. 2012;16(2):423–9.
12. Smith KB, van der Spuy ZM, Cheng L, Elton R, Glasier AF. Is postpartum contraceptive advice given antenatally of value? *Contraception*. 2002;65(3):237–43.
13. Lopez LM, Hiller JE, Grimes D, Chen M. Education for contraceptive use by women after childbirth. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Aug 15;(8):CD001863.
14. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD001329.
15. Sridhar A, Salcedo J. Optimizing maternal and neonatal outcomes with postpartum contraception: impact on breastfeeding and birth spacing. *Matern Health Neonatol Perinatol*. 2017 Jan;3(1):1.
16. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):657–62.
17. McNeilly AS, Howie PW, Houston MJ, Cook A, Boyle H. Fertility after childbirth: adequacy of post-partum luteal phases. *Clin Endocrinol (Oxf)*. 1982;17(6):609–15.
18. Pérez A, Labbok MH, Queenan JT. Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning. *Lancet*. 1992;339(8799):968–70.
19. The World Health Organization multinational study of breast-feeding and lactational amenorrhea. III. Pregnancy during breast-feeding. *Fertil Steril*. 1999;72(3):431–40
20. Van der Wijden C, Kleijnen J, Van den Berk T. Lactational amenorrhea for family planning. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(4):CD001329. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;10:CD001329.
21. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
22. Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF, Van Vliet HA, Stanwood NL. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;12(5):CD003036.
23. Welkovic S, Costa LO, Faúndes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. *Contraception*. 2001;63(3):155–8.
24. Kapp N, Curtis KM. Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review. *Contraception*. 2009;80(4):327–36.

25. Shaamash AH, Sayed GH, Hussien MM, Shaaban MM. A comparative study of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation: breast-feeding performance, infant growth and infant development. *Contraception*. 2005;72(5):346–51.
26. Halderman LD, Nelson AL. Impact of early postpartum administration of progestin-only hormonal contraceptives compared with nonhormonal contraceptives on short-term breast-feeding patterns. *Am J Obstet Gynecol*. 2002;186(6):1250–6.
27. Patel SB, Toddywalla VS, Betrabet SS, Kulkarni RD, Patel ZM, Mehta AC, et al. At what 'infant-age' can levonorgestrel contraceptives be recommended to nursing mothers? *Adv Contracept*. 1994;10(4):249–55.
28. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers using oral contraceptives. *Contraception*. 1986;34(5):443–57.
29. Progestogen-only contraceptives during lactation: II. Infant development. World Health Organization, Task Force for Epidemiological Research on Reproductive Health; Special Programme of Research, Development, and Research Training in Human Reproduction. *Contraception*. 1994;50(1):55–68
30. Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2016;94(3):226–52.
31. Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2010;82(1):17–37.
32. Jimenez J, Ochoa M, Soler MP, Portales P. Long-term follow-up of children breast-fed by mothers receiving depot-medroxyprogesterone acetate. *Contraception*. 1984;30(6):523–33.
33. Díaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, et al. Fertility regulation in nursing women. IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants, and Copper T 380-A intrauterine devices. *Contraception*. 1997;56(4):223–32.
34. Taneepanichskul S, Reinprayoon D, Thaitumyanon P, Praisuwanna P, Tosukhwong P, Dieben T. Effects of the etonogestrel-releasing implant Implanon and a nonmedicated intrauterine device on the growth of breast-fed infants. *Contraception*. 2006;73(4):368–71.
35. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al.; WHO study group on subdermal contraceptive implants for women. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2491–8.
36. Gurtcheff SE, Turok DK, Stoddard G, Murphy PA, Gibson M, Jones KP. Lactogenesis after early postpartum use of the contraceptive implant: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1114–21.
37. Sothornwit J, Werawatakul Y, Kaewrudee S, Lumbiganon P, Laopaiboon M. Immediate versus delayed postpartum insertion of contraceptive implant for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017;4:CD011913.

38. Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):691–703.
39. Truitt ST, Fraser AB, Grimes DA, Gallo MF, Schulz KF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;2(2):CD003988.
40. Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2010;82(1):10–6.
41. Brasil, Leis e Decretos. Lei nº 9263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o 7º artigo 226 da Constituição Federal que trata de Planejamento Familiar, estabelece penalidades e esclarece outras providências. *Diário Oficial da União.* 1996; Secção 1.



Portal Febrasgo

Você também pode ler os Protocolos Febrasgo online, pelo seu computador, tablet ou celular!

Acesse:

www.febrasgo.org.br/protocolos

febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetria

Veja alguns dos temas dos Protocolos Febrasgo:

Ginecologia:

- ★ Abordagem clínica das lesões mamárias palpáveis e não palpáveis
- ★ Abordagem clínica dos grupos de risco elevado para câncer de mama
- ★ Câncer de mama
- ★ Câncer de vulva e vagina
- ★ Câncer do colo uterino
- ★ Hiperplasia endometrial e câncer do corpo uterino
- ★ Lesões precursoras do câncer de mama (hiperplasias atípicas e carcinomas in situ)
- ★ Lesões pré-invasivas da vulva, vagina e colo uterino
- ★ Rastreamento do câncer de mama e propedêutica mamária

Obstetrícia

- ★ Anormalidades comportamentais no puerpério
- ★ Cesárea
- ★ Embolia Amniótica
- ★ Hemorragia Pós-Parto
- ★ Interrupções da gravidez com fundamento e amparo legal
- ★ Morbidade febril, endometrite e sepse puerperal
- ★ Morbidade materna grave e near miss
- ★ Parada cardiorrespiratória na Gestante
- ★ Rotura uterina



febrasgo
Federação Brasileira das
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

