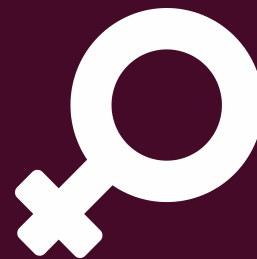


Portal de Boas Práticas em  
Saúde da Mulher, da Criança  
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS  
MULHERES

# RISCO REPRODUTIVO E CONTRACEPÇÃO



**O principal objetivo do planejamento reprodutivo é reduzir o número de gestações não planejadas, que na maior parte dos casos não são desejadas.**

Febrasgo, 2019



### Objetivos dessa apresentação:

- Apresentar o que são riscos reprodutivos;
- Apresentar os marcos legais atualizados sobre planejamento sexual e reprodutivo no país;
- Informar os profissionais de saúde sobre a importância de ofertar métodos contraceptivos efetivos às mulheres com risco reprodutivo;
- Apresentar a abordagem de aconselhamento reprodutivo centrado no paciente.



## O que é Risco Reprodutivo?

**É a probabilidade de uma mulher de sofrer danos no processo reprodutivo.**

- O risco pode ser de caráter **biológico, psíquico, social e ambiental**, assim como a soma deles.
- O controle destes riscos permite alcançar uma gravidez satisfatória, um parto feliz e um recém-nascido saudável, diminuindo a morbimortalidade materna, fetal e do recém-nascido.

**A OMS, por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), tem incentivado os países a reduzirem a mortalidade materna.**



### Introdução

- No Brasil, a taxa de gestações não intencionais em mulheres de 15 a 49 anos é 67/1000, acima da média mundial, que é 64/1000 (UNFPA, 2022).
- A cada 5 partos um é de adolescente (Nascer no Brasil, 2012)
- 18% das gestações são indesejadas (Febrasgo, 2019)
- A redução do número de gravidez indesejada diminuiu 60% das mortes maternas e 57% das mortes infantis (Febrasgo, 2016)

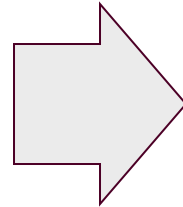
A gravidez não planejada, o uso de drogas, as doenças pré-existentes podem propiciar uma gestação de risco.

Nos países com melhores condições socioeconômicas, o risco reprodutivo é menor a 5%. No Brasil, Venezuela e México este risco tem aumentado, chegando a 25 - 30% (OMS, 2002).



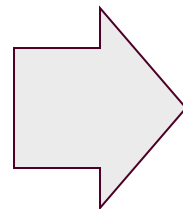
## Risco Reprodutivo

Baixo Risco Reprodutivo



Pré-natal de Risco Habitual

Alto Risco Reprodutivo



Pré-natal de Alto Risco



### Pré-natal: Atenção Primária à Saúde

Riscos reprodutivos associados às características individuais e às condições sócio demográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 anos e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos;
- Situação familiar e conjugal insegura e não aceitação da gravidez (principalmente em se tratando de adolescente);
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.



## Pré-natal: Atenção Primária à Saúde

Riscos reprodutivos associados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento ou macrossomia;
- Recém-nascido pré-termo ou malformado;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal < 18 meses ou dois anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.





## Pré-natal de Alto Risco

### Riscos reprodutivos associados a patologias prévias:

- Hipertensão, cardiopatias; pneumopatias graves; nefropatias graves; endocrinopatias, doenças hematológicas, doenças neurológicas, psiquiátricas, doenças autoimunes;
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs;
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.



## Código de Ética Médica - Resolução CFM nº 2217/2018

**“É vedado ao médico desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.” (Cap. 5, Art. 42)**

ONU (2015) 79% das mulheres brasileiras fazem uso de algum tipo de método contraceptivo.

- Pílula: 22,1%
- Camisinha: 12,9%
- Método Injetável: 3,5%
- Métodos comportamentais: 2,4%
- DIU: 1,5%

Brasil, 2009



### Percentual de mulheres que engravidaram no final do primeiro ano de uso do método contraceptivo

Método	Uso Típico	Uso Perfeito
Comportamentais	24%	-
Camisinha masculina	18%	2%
Camisinha feminina	21%	5%
Anticoncepcionais Hormonais Combinados (pílula)	9%	0,3%
Diafragma	12%	6%
Injetável trimestral	6%	0,2%
DIU cobre	0,8%	0,6%
DIU hormônio	0,2%	0,2%
Implante subdérmico	0,05%	0,05%
Laqueadura tubária	0,5%	0,5%
Vasectomia	0,15%	0,10%

Uso Típico: na vida real

Uso Perfeito: na teoria

Adaptado de Trussell, 2011



### Orientações Contraceptivas no Pré-natal e Puerpério:

- Eliminando a perda de oportunidades
- Momento de maior receptividade na orientação e informação sobre contracepção mais seguras (LARC e cirúrgica) (Lopez et, 2010);

#### Contracepção de Longa Duração Reversível (LARC)

- DIU de cobre
- DIU hormonal
- Implante subdérmico

#### Contracepção Definitiva

- Laqueadura
- Vasectomia

O DIU de Cobre, Laqueadura e Vasectomia  
são disponibilizados gratuitamente pelo SUS



### DIU pós evento obstétrico

- Momento em que a maioria das mulheres está motivada a iniciar um método contraceptivo efetivo e de longa duração
- Pode ser colocado após parto vaginal ou cesariana
- 50% das mulheres não retornam para consulta no pós-parto e no pós-aborto

#### DIU no pós-parto



Redução do risco de 80% de uma nova gravidez



Redução de 99.9% de aborto dentro 2 anos



Aumento do intervalo intraparto



### DIU pós evento obstétrico

É importante oferecer e tirar dúvidas sobre o DIU durante o pré-natal.

#### Taxas de Expulsão

- 10 a 30% na inserção imediata (até 10min após o parto)
- 29 a 41% na inserção tardia (<48h após o parto)
- 4% na inserção no intervalo menstrual

ACOG, 2016  
Cohen; Sheeder; Arango; Teal; Tocce, 2016

#### Falhas e Complicações

- Endometrites
- 3% depois de parto vaginal
- Perfuração Uterina
- Aproximadamente 1%

Heinemann, Reed, Moehner, Minh, 2015

**Os benefícios superam os riscos de complicações e de expulsão**



## **DIU pós evento obstétrico**

### **DIU pós-parto é contraindicado:**

- Infecção intrauterina
- Mioma
- Malformação uterina
- Hemorragia pós-parto

### **DIU pós aborto é contraindicado:**

- Aborto infectado
- Doença trofoblástica



## Mudanças na Lei do Planejamento Familiar Brasileira

	<b>Lei 9263, Portaria 48/1999</b>	<b>Lei 14443/2022</b>
Idade mínima para o procedimento	25 anos ou 2 filhos vivos (desde com capacidade civil plena, $\geq$ 18 anos)	21 anos ou 2 filhos (desde com capacidade civil plena, $\geq$ 18 anos)
Necessidade de consentimento do marido/companheiro	SIM	NÃO
Realização no parto, pós-parto e pos-aborto	Proibido, salvo em poucas exceções	Pode ser realizado (desde que manifestado desejo há no mínimo 60 dias)
Tempo entre a manifestação do desejo e a realização do procedimento	No mínimo 60 dias	No mínimo 60 dias
Necessidade de aconselhamento multidisciplinar	SIM	SIM





Agora todo mundo vai querer fazer laqueadura?!

Muitas vezes as pessoas escolhem o método por desejarem alta eficácia, não por desejo de irreversibilidade

Para reduzir o número de esterilização, é necessário aumentar a oferta dos métodos de longa duração (LARC)



### Risco Reprodutivo e Adolescentes

A Adolescência, em si, não é fator de risco para a gestação.

Há, todavia, possibilidade de risco psicossocial, associado à aceitação ou não da gravidez (tentou interrompê-la?), com reflexos sobre a vida da gestante adolescente que podem se traduzir na adesão (ou não) ao preconizado durante o acompanhamento pré-natal.

Ministério da Saúde, 2012

**A adolescente que se torna mãe pode ter dificuldade para retornar à escola.** Com a evasão escolar, vê esvaziadas as chances de trabalho e de um futuro melhor. Entre as adolescentes que têm filhos, 75,7% não estudam e 57,8% não estudam nem trabalham.

Singh et al.

**A gestação não planejada apresenta maiores riscos** de um parto prematuro, não adesão ao pré-natal e mortalidade neonatal.

IPEA, 2009.



## Os números relacionados à gravidez entre as adolescentes merecem atenção

Em 2011, no Brasil, aproximadamente 27 mil meninas entre 10 e 14 anos e mais de 600 mil jovens com idade entre 15 e 20 anos tiveram filhos.

Sinasc, 2011.

Historicamente as taxas de reincidência de gestação na adolescência são altas, aproximadamente 30% das adolescentes engravidam no primeiro ano pós-parto e entre 25% e 50% no segundo ano pós-parto.

Pfitzner MA, Hoff C, Mcelligot K., 2003.

21,5% dos partos no Brasil são de mães com menos de 20 anos, segundo levantamento do DATASUS.

DATASUS, 2013.



**Por reincidirem em novas gestações, as adolescentes comumente têm mais de um filho em curto intervalo de tempo, o que pode gerar inúmeros problemas.**

### Para a Mãe

Maior chance de desenvolver anemia, hemorragia pós-parto, febre puerperal e de mortalidade por complicações na gravidez e no parto.

*Conde-Agudelo A, Belizán JM, 2000.*

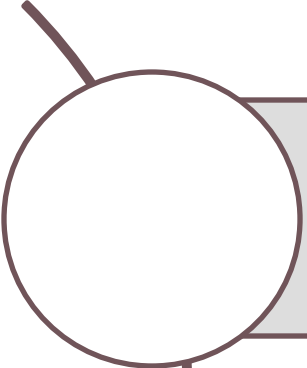
### Para o Bebê

Baixo peso ao nascer e prematuridade podem ser mais frequentes em bebês que apresentam um intervalo inferior a 18 e 23 meses após o último nascimento, do que aqueles de mães que tem um intervalo superior a 18 e 23 meses entre as gestações.

*Zhu et al., 1999.*




**Métodos anticoncepcionais que dependem da disciplina da adolescente podem estar relacionados ao uso incorreto ou a falta de adesão e, como consequência, resultar em falha.**



Estudo adolescentes universitárias de São Paulo mostrou que 54,3% se esquecem de tomar algumas pílulas durante o mês.

Alves AS., Lopes MHBM, 2017.



20% das adolescentes utilizando pílula contraceptiva engravidam ao final do primeiro ano de uso.

Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M.et al. 2010.



## Métodos reversíveis de longa duração para Adolescentes

Academia Americana de Pediatria (2013) e American College of Obstetricians and Gynecologists - Novas diretrizes recomendando o uso de métodos reversíveis de longa duração, como o **implante contraceptivo subcutâneo e o dispositivo intrauterino (DIU), como opções de primeira linha para evitar a gravidez não planejada na adolescência.**

São duas as razões para a recomendação:

- 1.Duração: por serem de longa ação, esses métodos oferecem proteção contra a gravidez em longo prazo;
- 2.A Alta Eficácia: cerca de 99% no uso dos métodos “em vida real”. Diferentemente das pílulas, tanto o DIU quanto o implante contraceptivo não exigem disciplina da mulher, pois não são de uso diário.



### Como realizar o aconselhamento centrado na paciente?

Algumas orientações para ajudar os profissionais na condução do aconselhamento:

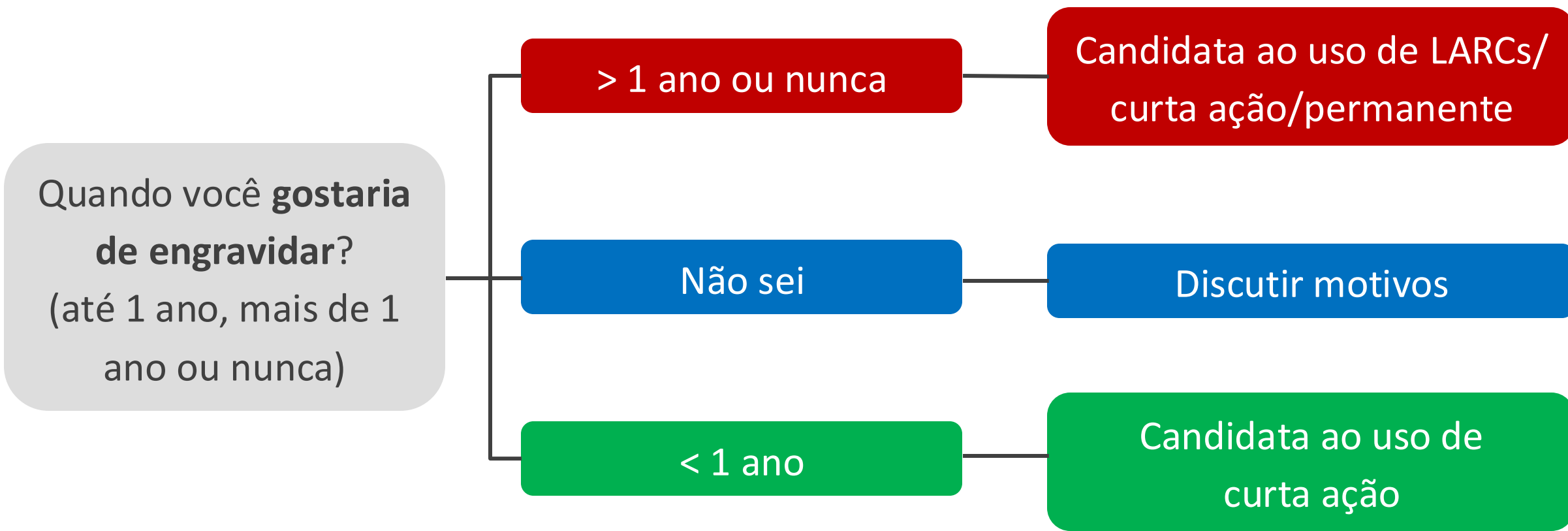
- Iniciar pelo desejo de um método de curta ação/LARC/permanente
- Mostrar a tabela de eficiência de cada método
- Mostrar quais métodos podem ser utilizados para seu caso individual, segundo critérios da OMS
- Questionar pela busca de outros benefícios além da prevenção da gestação
- Comparar os métodos que contém as características desejadas
- Informar os principais efeitos adversos e tirar dúvidas



*Veja exemplo do passo a passo  
nos próximos slides!*



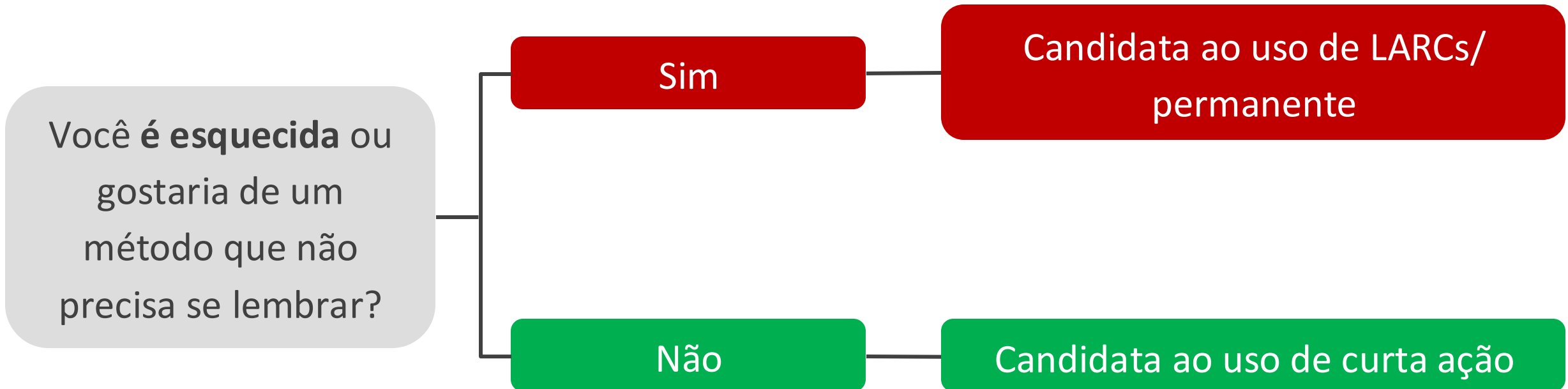
## Como identificar o método desejado - curta ação/LARC/permanente?








## Como identificar o método desejado - curta ação/LARC/permanente?





## Próxima etapa: excluir contraindicações, conforme recomendações OMS

Categoria	Recomendação	Julgamento clínico
1	Sem restrição	Utilizar o método
2	Os benefícios do uso do método superam os riscos	Utilizar o método
3	Os riscos do uso do método superam os benefícios. Usar apenas na falta de outras opções.	Não utilizar o método
4 	Os riscos com o uso do método são inaceitáveis	Não utilizar o método

App  
WHO  
contraception tool





## Excluídas as contraindicações, questionar sobre benefícios adicionais:

Não aumentar risco de trombose

Ter sangramento previsível

Não alterar o peso

Redução da dismenorrea

Redução da TPM

Redução da frequência das menstruações

Melhora da acne

Redução do volume menstrual

Melhora da dor associada à endometriose



## Excluídas as contraindicações, questionar sobre benefícios adicionais:

Como exemplo, tomemos uma mulher que tem problemas para lembrar de usar o contraceptivo, gostaria de diminuir frequência das menstruações e dismenorréia.

### Não precisa lembrar

- LARC
- Permanentes

### Redução da dismenorreia











- Contraceptivos de progestagênios isolados
- Contraceptivos combinados

### Redução da frequência das menstruações

- Contraceptivos progestagênios isolados
- Contraceptivos combinados contínuos



## Selecionados os benefícios adicionais, comparar métodos com as características desejadas:

	DIU cobre	LT	DIU-hormonal	Implante
Taxa de falha	6 em 1000	5 em 1000	2 em 1000	5 em 10.000
Duração	10 anos	Para sempre	5 anos	3 anos
Risco de trombose	Não aumenta	Não aumenta	Não aumenta	Não aumenta
Cólicas	Não altera ou pode aumentar	Não altera	Diminui	Diminui
Volume menstrual (peça para imaginar o volume de sangue como 10 colheres/mês)	Não altera ou aumenta 20 a 50% 10  → 10  10  → 12-15 	10  → 10 	Diminui 90% 10  → 1 	Diminui 50% 10  → 5 
Menstruação	Não altera a regularidade	Não altera a regularidade	Menos menstruações	Menos menstruações
TPM	Não altera	Não altera	Não altera	Diminui



- Mulheres que apresentam ou já apresentaram risco reprodutivo devem ser bem **orientadas e ter disponíveis métodos contraceptivos** que garantam sua autonomia e segurança.
- O **aconselhamento centrado na paciente** melhora a adesão ao método, uma vez que as necessidades e desejos pelos métodos são individuais.
- É importante utilizar o momento do **pré-natal e puerpério enquanto janelas de oportunidade** para esclarecer suas dúvidas e garantir que não ocorra uma gestação indesejada.



## Referências

- Leal, Maria do Carmo, & Gama, Silvana Granado Nogueira da. (2014). Nascer no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 30(Supl. 1), S5.
- Brasil. Femina: Revista da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Vol 44 – nº3- 2016. NLM Title Abbreviation: Femina. ISSN:0100-7254.
- Krug EG et al., eds. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Brasília; Ministério da Saúde; 5 ed; 2012. 301 p. Livroilus.(A. Normas e Manuais Técnicos).
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica – Resolução CFM Nº 2.217/2018.
- Campanha Vamos Decidir Juntos, Febrasgo, 2017. ([www.vamosdecidirjuntos.com.br](http://www.vamosdecidirjuntos.com.br))
- Tendências do Uso de Métodos Anticoncepcionais no Mundo, ONU, 2015
- Tratado de obstetrícia Febrasgo, 2019
- American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 670: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. Obstet Gynecol. 2016 Aug;128(2):e32-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000001587. PubMed PMID: 27454734.
- Cohen R, Sheeder J, Arango N, Teal SB, Tocce K. Twelve-month contraceptive continuation and repeat pregnancy among young mothers choosing postdelivery contraceptive implants or postplacental intrauterine devices. Contraception. 2016 Feb;93(2):178-83. doi: 10.1016/j.contraception.2015.10.001. Epub 2015 Oct 22. PubMed PMID: 26475368.
- Heinemann K, Reed S, Moehner S, Minh TD. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. Contraception. 2015 Apr;91(4):280-3. doi: 10.1016/j.contraception.2015.01.011. Epub 2015 Jan 16. PubMed PMID: 25601350.
- Welkovic S, Costa LO, Faúndes A, de Alencar Ximenes R, Costa CF. Post-partum bleeding and infection after post-placental IUD insertion. Contraception. 2001 Mar;63(3):155-8. PubMed PMID: 11368989.
- Fundo de População das Nações Unidas. Relatório da Situação Mundial 2022. Vendo o invisível: em defesa da ação na negligenciada crise da gravidez não intencional. UNFPA 2022

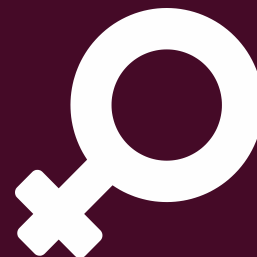


## Referências

- Lopez LM, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Van Vliet HAAM. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD003036. DOI: 10.1002/14651858.CD003036.pub3.
- Brasil. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 9.263, de 12 de Janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.
- 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 : Ministério da Saúde, 2009. 300 p. : il. – (Série G. Estatística e Informação em Saúde).
- Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011 May;83(5):397-404. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.021. Epub 2011 Mar 12. Review. PubMed PMID: 21477680; PubMed Central PMCID: PMC3638209.
- Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann. 2014;45(3):301–314. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x
- Brasil. Juventude e políticas sociais no Brasil / organizadores: Jorge Abrahão de Castro, Luseni Maria C. de Aquino, Carla Coelho de Andrade. – Brasília : Ipea, 2009.303 p.:gráfs., tabs.
- Brasil. Ministério da Saúde. Consolidação do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos. Coordenação Geral de Informações e Análise Epidemiológica. 2011
- Pfitzner MA, Hoff C, McElligott K. Predictors of repeat pregnancy in a program for pregnant teens. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2003 Apr;16(2):77-81. PubMed PMID: 12742140.
- Conde-Agudelo Agustin, Belizán José M. Maternal morbidity and mortality associated with interpregnancy interval: cross sectional study BMJ 2000; 321 :125.
- Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, Horan JM. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. N Engl J Med. 1999 Feb 25;340(8):589-94. PubMed PMID: 10029642.
- ALVES, Aline Salheb and LOPES, Maria Helena Baena de Moraes. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. Rev. bras. enferm. [online]. 2008, vol.61, n.1 [cited 2019-04-23], pp.11-17.
- Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, de Araujo FF. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. Contraception. 2010 Sep;82(3):256-9.
- American Academy of Pediatrics. AAP Updates Recommendations on Teen Pregnancy Prevention. 2014.



Portal de Boas Práticas em  
Saúde da Mulher, da Criança  
e do Adolescente



ATENÇÃO ÀS  
MULHERES

## RISCO REPRODUTIVO E CONTRACEPÇÃO

Material de 12 de agosto de 2024

Disponível em: [portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br](http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br)

Eixo: Atenção às Mulheres

**Aprofunde seus conhecimentos acessando artigos disponíveis na biblioteca do Portal.**