



*Guia Rápido de Planejamento  
Reprodutivo e Atenção à Infertilidade  
na Atenção Primária em Saúde*

2023

  
**NITERÓI**  
SEMPRE À FRENTE  
Saúde

  
**SUS**



**Prefeito**

Axel Schmidt Grael



**Vice-prefeito**

Paulo Roberto Mattos Bagueira Leal

**Secretária Municipal de Saúde e Presidente da Fundação Municipal de Saúde**

Anamaria Carvalho Schneider

**Subsecretária Municipal de Saúde**

Maria Angélica Duarte Silva

**Vice-Presidente de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família – Fundação Municipal de Saúde**

Maria Célia Valladares Vasconcellos

**Vice Presidência de Atenção Hospitalar e de Emergência – Fundação Municipal de Saúde**

Ramón Lorenzo Farell Sánchez.

**Diretor de Atenção Coletiva e Ambulatorial – Fundação Municipal de Saúde**

Vinicius Mendes da Fonseca Lima

**Diretor Geral – Fundação Estatal de Saúde**

Pedro Gilberto Alves de Lima

**Diretora de Atenção à Saúde – Fundação Estatal de Saúde**  
Stefânia Santos Soares

**Organização Técnica**

Fernanda Prudencio

**Elaboração e Revisão técnica**

Fernanda Prudencio  
Juliana Gomes Poli  
Lívio Cavalcante  
Myrian Cruz  
Pedro Andrade Sá Corrêa  
Sabrina da Costa Rêgo

**Colaboradores**

Marcelo Garibe  
Adriana Cersosimo  
Cássia Juliana Cattai  
Josy Maria de Pinho da Silva  
Beatriz Malheiros Brito  
Roberta Labriola da Costa

**Coordenação de produção**

Fernanda Cantarino

**Revisão**

Jorge Pessano

**Designer Gráfico**

Rafael Louza

PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE  
FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DE NITERÓI

*Guia Rápido de Planejamento  
Reprodutivo e Atenção à Infertilidade  
na Atenção Primária em Saúde*

2023



**VERSÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE**



**NITERÓI**  
SEMPRE À FRENTE

Saúde

**450**  
Anos



**FeSaúde**  
NITERÓI

## SUMÁRIO

8 – APRESENTAÇÃO

10 - SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA

11 - PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

12 - CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO:

13 - PÍLULAS COMBINADAS (ACOC)

14 - INJETÁVEL COMBINADO MENSAL (AIC)

15 - PÍLULA DE PROGESTERONA (MINIPÍLULA)

15 - ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA (AMP)

15 - CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

17 - DIU DE COBRE

25 - FORNECIMENTO DE PRESERVATIVOS

25 - MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS

39 - MÉTODOS CONTRACEPTIVOS CIRÚRGICOS - DEFINITIVOS

40 - LAQUEADURA TUBÁRIA

45 - VASECTOMIA

48 - REFERÊNCIAS

51 - ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE INFERTILIDADE

51- INTRODUÇÃO

52 – DEFINIÇÃO

52 - INVESTIGAÇÃO

55 - PRIMEIRAS ORIENTAÇÕES AO CASAL

55 - EXAMES COMPLEMENTARES

57 - ENCAMINHAMENTO

58 - REGULAÇÃO

59 - REFERÊNCIA

# APRESENTAÇÃO

As mulheres são um segmento social fundamental para as políticas de saúde, especialmente porque as históricas desigualdades de poder entre mulheres e homens implicam em forte impacto em suas condições de saúde. Questões como raça, etnia, situação de pobreza, orientação sexual, idade, aprofundam ainda mais as desigualdades vividas, exigindo do SUS um olhar mais atento para esse segmento da população.

Dentro das ações da atenção básica, a abordagem à mulher em seu contexto sociofamiliar, torna-se imprescindível, considerando as situações trazidas como demanda de atendimento, assim como as necessidades de promoção à saúde em nível comunitário. Portanto, é imprescindível entender o papel social da mulher e sua interação com seu grupo de convivência, no qual intensas relações afetivas se manifestam.

A Atenção à Saúde da Mulher constitui-se de um conjunto de ações educativas, preventivas, de diagnóstico, terapêuticas ou, ainda, de recuperação, aplicadas permanentemente, objetivando a melhoria dos níveis de saúde da população feminina.

O Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher é um documento construído coletivamente, considerando a participação de diversos atores e setores da Fundação Municipal da Saúde de Niterói, visando maximizar o potencial de ação dos profissionais nas diversas situações essenciais à garantia do cuidado integral, com foco na melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica.

## EIXOS ESTRUTURANTES DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER



## **SAÚDE SEXUAL E SAÚDE REPRODUTIVA**

A saúde sexual significa para os indivíduos a vivência livre, agradável, prazerosa e segura da sexualidade humana, baseada no respeito mútuo nas relações sexuais, na valorização das experiências individuais, das relações interpessoais e da vida, independentemente de orientação sexual e identidades de gênero.

Como política pública, o planejamento reprodutivo consiste em um conjunto de ações preventivas e educativas voltadas para o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos, que garantem aos adultos, jovens e adolescentes o acesso a informação, permitindo sua autonomia quanto a escolha pelo melhor método preventivo e momento para sua adesão regulando sua própria fecundidade e com abordagem da infertilidade

Amparada pela Lei Nº 9.263/1996, as estratégias de promoção de saúde reprodutiva baseiam-se em ações clínicas, preventivas e educativas, com a oferta de informações e dos meios, métodos e técnicas para regulação da fecundidade. Devem incluir e valorizar a participação masculina, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas anticoncepcionais muitas vezes são assumidos somente pelas mulheres.

## PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Com objetivo de oportunizar acesso, o enfermeiro e o médico devem em todos os tipos de consultas de mulheres de 10 a 49 anos, durante sua anamnese, perguntar sobre a existência de vida sexual ativa, se utiliza algum método contraceptivo, e se deseja usar ou adequar o que usa. Dando especial atenção às mulheres portadoras de doenças crônicas, visto que tais condições de saúde aumentam as taxas de mortalidade materna, fetal e neonatal.

A mulher tendo interesse, o profissional de saúde deve oferecer a participação do grupo de planejamento reprodutivo, realizar orientações sobre os métodos fornecidos pela unidade, tirar as dúvidas da usuária e prescrever o método na mesma consulta.

Também é importante considerar:

- Orientar sobre prevenção de ISTs e a importância do uso de preservativos;
- Orientar acerca de temas importantes como direitos sexuais e direitos reprodutivos, sexo seguro, métodos anticoncepcionais, atenção humanizada ao abortamento, entre outras;
- Oferecer testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites B e C.

Quando a escolha for pela laqueadura tubária, a mesma deve ser orientada a participar do grupo de planejamento reprodutivo. Ou, considerando as restrições da pandemia da COVID 19, ser agendado um encontro individual para que todas as orientações e dúvidas sobre estes

procedimentos sejam sanadas. Este encontro deve ser considerado equivalente ao grupo de planejamento reprodutivo e ao fim deve-se fornecer o comprovante de orientação e o termo de pleno esclarecimento. Também deverá ser prescrito um método contraceptivo de espera efetivo e compatível com as necessidades e contexto social da mulher.

## **CRITÉRIOS CLÍNICOS PARA ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO:**

A escolha do método anticoncepcional deve ser livre e informada, respeitando-se os critérios de elegibilidade clínica.

Estimular sempre o uso do preservativo interno e externo em todas as relações sexuais, por ser o único método que protege contra as IST/HIV/Aids.

A camisinha pode ser usada associada a outro método anticoncepcional – dupla proteção ou isoladamente. Enfatizar a importância da proteção combinada.

### **Critérios clínicos:**

**Categoria 1: não tem restrições**

**Categoria 2: O método não seria a 1º escolha e, se usado deve ser acompanhado mais de perto.**

**Categoria 3: Os riscos de ser usado superam os benefícios. Acompanhamento rigoroso.**

**Categoria 4: Risco inaceitável.**

### Legenda:

ACOC: PÍLULAS COMBINADAS; AIC: INJETÁVEL COMBINADO MENSAL - MESIGYNA; PP: MINIPÍLULA ; AMP: ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA; DIU: DISPOSITIVO INTRA UTERINO

CONDIÇÃO	ACOC	AIC	PP	AMP	DIU
<b>IDADE</b>					
Mulheres < 40 anos	1	1	1	1	1
Mulheres > 40 anos	2	2	1	2	1
<b>PARIDADE</b>					
Nulipara	1	1	1	1	2
Múltipara	1	1	1	1	1
<b>AMAMENTAÇÃO</b>					
Mulheres que amamentam ATÉ 6 SEMANAS POS PARTO	4	4	3	3	< 48 horas= cat 02
Mulheres que amamentam > 6 SEMANAS A < 6 MESES PÓS PARTO	3	3	1	1	> 48 h a < 4 sem= cat 03
Mulheres que amamentam ≥6 MESES POS PARTO	2	2	1	1	≥4 sem.=1
Mulheres puérperas que não amamentam < 21 dias pós-parto	3	3	1	1	
Mulheres puérperas que não amamentam ≥21 dias de pós parto	1	1	1	1	
<b>PÓS-ABORTO</b>					
Pós aborto	1	1	1	1	1
Pós aborto séptico	1	1	1	1	4
Historia de gravidez ectópica	1	1	2	1	1
<b>TABAGISMO</b>					
Tabagismo < 35 anos	2	2	1	1	1
Tabagismo ≥ 35 anos	4	4	1	1	1

<b>Tabagismo &lt; 35 anos</b>	2	2	1	1	1
<b>Tabagismo ≥ 35 anos</b>	4	4	1	1	1
<b>HIPERTENSÃO</b>					
<b>HAS controlada</b>	3	3	1	2	1
<b>HAS elevada- sistólica ≥ 160 e diastólica ≥ 100 mmHg</b>	4	4	2	3	2
<b>Historia de DHEG</b>	3	3	2	2	1
<b>DOENÇA CARDÍACA</b>					
<b>Cardiopatía isquêmica</b>	4	4	3	3	1
<b>Valvulopatía cardíaca com complicações</b>	4	4	1	1	2
<b>DOENÇA VASCULAR</b>					
<b>AVE</b>	4	4	3	3	1
<b>Historia de TVP/EP</b>	4	4	2	2	1
<b>Varizes</b>	1	1	1	1	1
<b>CANCER</b>					
<b>Câncer cervical</b>	2	2	1	2	4
<b>Câncer de mama</b>	4	4	4	4	1
<b>História familiar de câncer de mama</b>	1	1	1	1	1

<b>ENDOCRINOPATIAS</b>					
<b>Obesidade (IMC ≥ 30)</b>	2	2	1	1	1
<b>Hiperlipidemias</b>	2	2	2	2	1
<b>Diabetes Sem enfermidade vascular</b>	2	2	2	2	1
<b>Diabetes Nefropatía/retinopatía/neuropatía</b>	4	4	2	3	1
<b>Trastornos tiroideos</b>	1	1	1	1	1

<b>PATOLOGIA NEUROLÓGICA</b>					
Cefaleia leve	2	2	1	1	1
Enxaqueca com aura	4	4	3	3	1
Epilepsia	1*	1*	1*	1*	1
<b>DOENÇA DO APARELHO GASTRO-INTESTINAL</b>					
Doença da vesícula biliar tratada	2	2	2	2	1
Doença da vesícula biliar atual	3	3	2	2	1
Hepatite viral ativa	4	4	3	3	1
Portadora de hepatite viral	1	1	1	1	1
Cirrose/tumores de fígado	4	4	3	3	1
<b>DOENÇA HEMATOLÓGICA</b>					
Talassemia	1	1	1	1	2
Anemia falciforme	2	2	1	1	2
<b>DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS</b>					
BK	1	1	1	1	1
HIV/AIDS	1*	.	1*	1*	3
DIP	1	1	1	1	4
IST	1	1	1	1	4
<b>OUTRAS</b>					
MIOMAS UTERINOS	1	1	1	1	4
ENFERMIDADE BENIGNA DA MAMA	1	1	1	1	1
ALTERAÇÕES DEPRESSIVAS	1	1	1	1	1

\*A condição do HIV/AIDS em si não restringe o uso da pílula. Entretanto, algumas drogas podem diminuir a eficácia da pílula.

## PÍLULAS COMBINADAS (ACOC)

Iniciando a primeira cartela: explique à mulher que se ela começar a tomar depois do sétimo dia após a menstruação, ela poderá ter sangramento menstrual irregular durante alguns dias. Orientá-la para tomar as pílulas sempre à mesma hora, a cada dia.

Iniciando a cartela seguinte:

Cartela de 21 pílulas: depois que tomar a última pílula da cartela, ela deve esperar sete dias e depois tomar a primeira pílula da cartela seguinte.

Cartela de 24 pílulas: depois de tomar a última pílula da cartela, ela deve esperar quatro dias e depois tomar a primeira pílula da cartela seguinte.

Cartela de 28 pílulas: quando terminar a primeira cartela, ela deve tomar a primeira pílula da segunda cartela no dia seguinte, sem intervalo.

Se esquecer de tomar 1 pílula: tomar a pílula esquecida imediatamente e a pílula regular no horário habitual.

Se esquecer de tomar 2 ou mais pílulas: tomar uma pílula imediatamente e usar método de bar-

reira ou evitar relações sexuais durante sete dias.

Se restam sete ou mais pílulas: tomar o restante como de costume.

Se restam menos que sete pílulas: tomar o restante como de costume e iniciar uma nova cartela no dia seguinte após a última pílula da cartela.

## **INJETÁVEL COMBINADO MENSAL (AIC) MESIGYNA:**

A primeira injeção (intramuscular glútea) deve ser administrada no primeiro dia de um ciclo menstrual. As injeções seguintes devem ser administradas, independentemente do padrão menstrual, em intervalos de 30 dias, podendo oscilar em mais ou menos três dias, isto é, no mínimo 27 e no máximo 33 dias.

## **PÍLULA DE PROGESTERONA ( MINIPÍLULA)**

Juntamente com o AMP, é o anticoncepcional de escolha para mulheres acima de 35 anos com comorbidades (hipertensão, diabetes), para aquelas de qualquer idade com histórico pessoal de trombose e nas acima de 40 anos.

Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após seis semanas do parto. Seu uso é contínuo após o término da cartela (35 comprimidos). Portanto, não deve haver interrupção entre uma cartela e outra nem durante a menstruação.

## **ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA (AMP)**

- Nas lactantes, o uso deve ser iniciado após seis semanas do parto
- Se administra em doses de 150 mg via intramuscular glútea a cada 90 dias.

## **CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Qualquer mulher pode usar a anticoncepção oral de emergência, mesmo aquelas que, habitualmente, tenham contra-indicações ao uso de anticoncepcionais hormonais combinados. Em alguns raros casos, deveremos utilizar com cautela (categoria 02) a contracepção de emergência, a saber:

1. Trombose venosa profunda, associada a história de doença cardiovascular grave;
2. Mutações trombogênicas conhecidas, associada a história de doença cardiovascular grave;
3. Doença cardíaca isquêmica e AVC, associada a história de doença cardiovascular grave;
4. Hepatite viral aguda;

Não existem riscos para a mulher ou para o feto se for acidentalmente usada na vigência de

gravidez.

A ausência de contraindicações não se aplica para o uso repetitivo do método.

O acesso à contracepção de emergência é um direito das mulheres adultas, jovens e adolescentes e deve ser amplo e livre de preconceitos e julgamentos. Não disponibilizar a anticoncepção de emergência fere os direitos sexuais e os direitos reprodutivos das pessoas e a Lei federal nº 9.263, que regulamenta o planejamento familiar.

## DIU DE COBRE

O DIU com cobre é um método contraceptivo reversível de longa duração. Sua taxa de falha (índice de Pearl) é de 0,4%, a menor entre os métodos contraceptivos reversíveis.

A mulher que deseja a inserção de DIU deve receber orientações quanto aos riscos e benefícios do uso deste e dos demais métodos contraceptivos em atividades coletivas ou individuais realizadas por profissional da unidade de saúde (médico ou enfermeiro).

## MECANISMOS DE AÇÃO

- Provoca mudanças bioquímicas e morfológicas no endométrio pela liberação de íons de cobre na cavidade uterina, levando a uma ação inflamatória e citotóxica com efeito espermicida;
- Aumenta a concentração de cobre no muco cervical, ocasionando mudanças no mesmo;
- Interfere na motilidade e qualidade espermática, atrapalhando a ascensão dos espermatozoides, desde a vagina até as tubas uterinas;
- Alteração dos movimentos dos cílios das tubas, o que dificulta a movimentação do óvulo em direção ao útero.

## INDICAÇÕES

- Para quem deseja contracepção reversível, de alta eficácia e longa duração;
- Para mulheres que apresentam dificuldade de adesão a métodos que dependem da lembrança da tomada ou aplicação;

- Em condições que contraindicam o uso de estrogênio, tais como: amamentação, hipertensão, diabetes, tabagismo e outros fatores de risco cardiovascular, doença tromboembólica ou risco aumentado de trombose, enxaqueca, antecedente de neoplasia de mama, cirrose e adenoma ou adenocarcinoma hepáticos, lúpus eritematoso sistêmico.

## **ATENÇÃO: NÃO SÃO CONTRAINDICAÇÕES AO USO DE DIU**

- Nuligestação ou nuliparidade;
- Adolescência;
- Cesariana prévia;
- Presença de cistos ovarianos;
- Varizes Pélvicas;
- Ectopia cervical;
- Perimenopausa (retirar após um ano da última menstruação);
- Sífilis tratada com diagnóstico de cura;
- Pessoa vivendo com HIV assintomática e com doença controlada;
- Após abortamento completo não complicado ,espontâneo ou induzido, sem infecção.

## CONTRAINDICAÇÕES ABSOLUTAS

- Gravidez ou suspeita de gravidez (deve-se confirmar ou excluir a condição);
- História conhecida de: alterações morfológicas uterinas (útero bicorno, septado, estenose cervical intensa, distorção da cavidade endometrial por quaisquer motivos); Miomas que distorcem a cavidade uterina; Câncer de endométrio ou colo uterino; Doença trofoblástica gestacional com suspeita de doença intrauterina em atividade;
- Infecção genital ativa, como vaginites, cervicites, doença inflamatória pélvica (tratar e re-avaliar a inserção); tuberculose pélvica;
- Pessoas vivendo com SIDA que não utilizam terapia ARV ou que não estejam clinicamente bem.
- Sangramento vaginal sem esclarecimento diagnóstico;
- Aborto séptico ou infecção puerperal ainda não tratados;
- Período entre 48h e quatro semanas após parto;
- Presença de DIU previamente inserido que não tenha sido removido;
- Prolapso uterino completo;
- Alergia ao cobre.

## CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS

- Câncer de ovário (considerar avaliação consultiva do Ginecologista);
- Doença trofoblástica benigna (considerar avaliação consultiva do Ginecologista);
- Doença relacionada ao HIV sintomáticas (considerar risco x benefício);
- Trombocitopenia severa conhecida (checar plaquetas antes da inserção);
- Doenças que interferem na coagulação (checar coagulação antes da inserção).

## PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO

- **Não há recomendação para a inserção do DIU apenas no período menstrual.** Esta prática não aumenta a taxa de sucesso na inserção ou reduz a incidência de complicações;
- O DIU **pode ser inserido em qualquer dia do mês;**
- Deve-se avaliar a data da última menstruação. Caso tenham se passado 12 dias ou mais do início da menstruação, pode-se colocar o DIU, desde que se exclua gravidez (aguardar a próxima menstruação);
- Em caso de retirada ou troca, estas podem ser feitas em qualquer dia do ciclo menstrual. No caso de mudança de outro método para o DIU, não haverá risco de gravidez pela troca. Em substituição, esta pode ser feita em um mesmo procedimento;
- O DIU pode ser inserido imediatamente após o uso de contracepção hormonal de emergência.

- Exame clínico com toque bimanual e o exame especular são suficientes para detecção de alterações que interfiram com o método;
- **Exame citopatológico** com cobertura de rastreamento de câncer de colo uterino de acordo com o preconizado pelo MS, ou seja, um exame anual por dois anos consecutivos e trienal após dois resultados anuais negativos para neoplasia;
- **Exames laboratoriais**, a menos que haja suspeita clínica que os justifiquem.

**ATENÇÃO:** A mulher que optar pelo uso do DIU pode participar de atividades coletivas sobre planejamento familiar, porém este não deve ser um pré-requisito para a oferta do procedimento, que pode acontecer durante consulta individual, realizada por profissional da unidade de saúde (médico ou enfermeiro).

## SEGUIMENTO

Após a inserção, a mulher deve ter uma consulta de retorno para avaliação. O objetivo principal é ouvir a mulher, esclarecer dúvidas que tenham surgido e reafirmar a benignidade e transitoriedade de sintomas como cólicas e aumento do volume menstrual. Em caso de dúvidas, pode ser feito exame ginecológico e observação do fio do DIU.

**O exame de ultrassonografia pós-inserção não é necessário.** Não há evidências de seu benefício. Está indicado apenas em caso de alterações clínicas, como queixas incompatíveis com o comum (ex: dor incoercível, fio do DIU não visualizado durante o exame especular) ou suspeitas

de complicações.

Consultas pós-inserção- 3 a 6 semanas após a primeira menstruação, depois da inserção, para exame pélvico e revisão. Os retornos subsequentes devem ser a cada 6 meses no primeiro ano .

## COMPLICAÇÕES

### REAÇÃO VAGAL

Pode ocorrer pela dor visceral ou tração de estruturas viscerais durante a inserção. Caracteriza-se por hipotensão, palidez, bradicardia e sudorese. Para diminuir a sua incidência, evitar manobras bruscas e tração excessiva do colo do útero. A elevação dos membros da paciente e observação resolve a maioria dos casos em poucos minutos. O procedimento pode ser continuado.

### PERFURAÇÃO UTERINA

Quando houver suspeita de perfuração durante o procedimento (dor intensa, histerometria maior do que a prevista), este deve ser interrompido.

Caso a perfuração seja suspeita posteriormente, durante o seguimento (paciente evoluir com dor acima do normal, gravidez, fios não visíveis), ela deve ser encaminhada conforme fluxo estabe-

lecido para a retirada do dispositivo. Se o fio for visível, retirar em ambulatório. Se o fio estiver invisível, é indicada a retirada cirúrgica.

Nos casos em que for necessária a avaliação para retirada cirúrgica no mesmo dia, o encaminhamento deve ser para um serviço de urgência.

## **INFECÇÃO**

O risco de infecção é baixo (0,15% geral, < 5% em pacientes com IST à inserção), sendo maior nos primeiros 20 dias, e mínimo após o primeiro mês de uso do método.

Na suspeita de infecção endometrial ou de anexos (dor intensa à mobilização do colo uterino, dor pélvica aguda e cervicite com suspeita de doença inflamatória pélvica), deve-se instituir terapia antibiótica, não sendo recomendada a retirada do DIU, a menos que haja persistência dos sintomas.

Em caso de vaginites, devem ser tratadas segundo protocolos clínicos vigentes, sem necessidade de retirada do DIU.

## **EXPULSÃO**

A expulsão do DIU é mais comum no primeiro ano de uso, ocorrendo em 4-5% das mulheres. Geralmente é percebida pela mulher, que nota corpo estranho no canal cervical ou vagina. Nova tentativa de inserção pode ser feita.

A taxa de expulsão varia entre 20-25%, quando o DIU é inserido no pós-parto ou aborto imediatos

## FALHA CONTRACEPTIVA

Em caso de gravidez em uso do DIU, a possibilidade de gravidez ectópica deve ser excluída. Nesse caso, o DIU pode ser mantido e a ectopia tratada em serviço especializado, clínica ou cirurgicamente. Nesse caso e no caso de gravidez tópica, a mulher deve ser encaminhada a serviço especializado (pré-natal de alto risco).

## DOR

A dor pode ser diminuída com o uso pós-inserção de anti-inflamatórios não hormonais. Há geralmente aumento transitório da intensidade de cólicas menstruais, com duração de seis meses a um ano pós-inserção.

## SANGRAMENTO

Uma das queixas mais comuns dentre as usuárias do DIU de cobre é o aumento da intensidade do fluxo menstrual. Se uma condição anormal está causando sangramento volumoso e irregular, tratar ou encaminhar para tratamento.

## **FLUXO PARA A INSERÇÃO DE DIU – FMS/NITERÓI**

A inserção do DIU pode ser feita por ginecologistas atuante em policlínicas, unidades básicas de saúde, equipes de Médico de Família e por médicos obstetras plantonistas, no pós parto ou abortamento, na Maternidade Municipal Alzira Reis Vieira Ferreira.

### ***TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A INSERÇÃO DE DIU***



## **FORNECIMENTO DE PRESERVATIVOS**

Os preservativos internos e externos devem ficar disponíveis em dispensadores de fácil acesso aos usuários. Não é adequado vincular a retirada de preservativos a cadastros, consultas ou atividades em grupo. Durante as consultas e atividades educativas ofertar os preservativos e orientar sobre sua função, forma de colocação e uso.

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS COMPORTAMENTAIS – NÃO FARMACOLÓGICOS

Os métodos comportamentais de planejamento reprodutivo são técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a auto-observação de sinais e sintomas que ocorrem no organismo feminino ao longo do ciclo menstrual. Baseando-se na identificação do período fértil da mulher, o casal pode concentrar as relações sexuais nesta fase, caso deseje obter uma gravidez, ou abster-se de ter relações sexuais, caso deseje espaçar ou evitar a gravidez.

Como métodos anticoncepcionais a taxa de falha, no primeiro ano de uso, atinge até 20%, em uso habitual. Entre usuários adaptados ao método (uso correto) este índice cai para 0,5 a 9% (BRASIL, 2002).

### **Método Ogino-Knaus (Ritmo, Calendário ou Tabelinha)**

Este método baseia-se no fato de que a duração da segunda fase do ciclo menstrual (pós-ovulatória) é relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 a 16 dias antes do início da próxima menstruação. O cálculo do período fértil da mulher é feito mediante a análise de seu padrão menstrual prévio, durante seis a 12 meses. A mulher que quiser usar este método deve ser orientada para registrar, durante pelo menos seis meses, o primeiro dia de cada menstruação.

## **Técnica de uso do método – Instruções às usuárias:**

a) Verificar a duração (número de dias) de cada ciclo, contando desde o primeiro dia da menstruação (primeiro dia do ciclo) até o dia que antecede a menstruação seguinte (último dia do ciclo);

b) Verificar o ciclo mais curto e o mais longo (Exemplo: mulher com ciclos variando de 25 a 34 dias);

c) Calcular a diferença entre eles (neste exemplo: nove dias). Se a diferença entre o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, a mulher não deve usar este método;

d) Determinar a duração do período fértil da seguinte maneira:

- Subtraindo-se 18 (dezoito) do ciclo mais curto, obtém-se o dia do início do período fértil.
- Subtraindo-se 11 (onze) do ciclo mais longo, obtém-se o dia do fim do período fértil.
- No exemplo: início do período fértil =  $25 - 18 = 7^\circ$  dia. Fim do período fértil =  $34 - 11 = 23^\circ$  dia. Neste exemplo, o período fértil determinado foi do  $7^\circ$  ao  $23^\circ$  dia do ciclo menstrual (ambos os dias, inclusive), com uma duração de 17 dias.

e) Para evitar a gravidez, orientar a mulher e/ou casal para abster-se de relações sexuais com contato genital durante o período fértil (no exemplo acima: do  $7^\circ$  ao  $23^\circ$  dia).

Benefício não contraceptivo: ausência de efeitos sistêmicos; favorece o conhecimento da fisio-

logia reprodutiva.

## **Método da temperatura basal corporal**

Este método fundamenta-se nas alterações da temperatura basal que ocorrem na mulher ao longo do ciclo menstrual. A temperatura basal corporal é a temperatura do corpo em repouso. Antes da ovulação, a temperatura basal corporal permanece num determinado nível baixo; após a ovulação, ela se eleva ligeiramente (alguns décimos de graus centígrados), permanecendo nesse novo nível até a próxima menstruação. Este aumento de temperatura é resultado da elevação dos níveis de progesterona, que tem efeito termogênico. O método permite, portanto, por meio da mensuração diária da temperatura basal, a determinação da fase infértil pós-ovulatória.

### **Técnica de uso do método - Instruções às usuárias:**

a) A partir do primeiro dia do ciclo menstrual, verificar diariamente a temperatura basal, pela manhã, antes de realizar qualquer atividade e após um período de repouso de no mínimo cinco horas, procedendo da seguinte forma:

- Usar um termômetro comum para a medida da temperatura;
- O termômetro deve ser sempre o mesmo (no caso de quebra ou qualquer outro dano, anotar o dia de sua substituição). Abaixar o nível de marcação do termômetro na véspera;
- A temperatura pode ser verificada por via oral, retal ou vaginal. A temperatura oral deve ser

verificada colocando-se o termômetro embaixo da língua e mantendo-se a boca fechada, pelo tempo mínimo de cinco minutos. A temperatura retal ou vaginal deve ser verificada por, no mínimo, três minutos;

- Uma vez escolhida a via de verificação da temperatura, esta deve ser mantida durante todo o ciclo;

b) Registrar a temperatura observada a cada dia do ciclo menstrual em papel quadriculado comum (0,5 cm = 0,1°C). Ligar os pontos referentes a cada dia, formando uma linha que vai do 1° ao 2° ao 3° etc. Cada ciclo menstrual terá seu gráfico próprio de temperatura basal corporal.

c) Verificar a ocorrência de um aumento persistente da temperatura basal por quatro dias no período esperado após a ovulação.

d) Reconhecer que a diferença de no mínimo 0,2°C entre a última temperatura baixa e as três temperaturas altas que se seguem indica a mudança da fase ovulatória para a fase pós-ovulatória do ciclo menstrual, durante a qual a temperatura se manterá alta, até a época da próxima menstruação. O período fértil termina na manhã do 4° dia em que for observada a temperatura elevada.

e) Para facilitar a interpretação do gráfico pode-se traçar uma linha base da seguinte forma:

- Constatar, no mínimo, seis temperaturas baixas consecutivas durante a fase pré-ovulatória.
- Riscar a linha base, no sentido horizontal, 0,5 cm acima da mais alta dessas seis temperaturas (0,1 °C no gráfico a ser utilizado);
- O período infértil começa na manhã do dia em que se verificar a quarta temperatura alta, acima da linha base.

f) Para evitar a gravidez o casal deve abster-se das relações sexuais com contato genital durante toda a primeira fase do ciclo (pré-ovulatório) e até a manhã do dia em que se verificar a quarta temperatura alta acima da linha base, principalmente durante os primeiros meses de uso do método. Posteriormente, sendo possível prever a data da ovulação com base nos registros anteriores, a abstinência sexual pode ficar limitada ao período de quatro a cinco dias antes da data prevista da ovulação e até a manhã do 4º dia da temperatura alta.

g) Atentar para os seguintes fatores que podem alterar a temperatura basal, registrando-os no gráfico quando ocorrerem:

- Mudanças no horário de verificação da temperatura;
- Ingestão de bebidas alcólicas;
- Recolher-se tarde da noite para dormir;
- Perturbações do sono, sono interrompido (necessidade de se levantar com frequência, insônia);
- Doenças como resfriados, gripes ou outras infecções;

- Mudanças de ambiente (principalmente nos períodos de férias);
- Perturbações emocionais, fadiga, estresse, entre outros;
- Refeição muito próxima do horário de dormir;
- Relações sexuais na madrugada;

Benefício não contraceptivo: ausência de efeitos sistêmicos e favorece o conhecimento da fisiologia reprodutiva.

## **Método do muco cervical ou Billings**

### Método do muco cervical ou Billings

Este método baseia-se na identificação do período fértil por meio da auto-observação das características do muco cervical e da sensação por ele provocada na vulva. O muco cervical é uma secreção produzida no colo do útero pelo epitélio glandular das criptas cervicais, que por ação hormonal apresenta transformações características ao longo do ciclo menstrual, possibilitando dessa maneira a identificação do processo ovulatório.

O muco cervical, no início do ciclo, é espesso, grumoso, dificultando a ascensão dos espermatozoides pelo canal cervical. O muco cervical, sob ação estrogênica, produz, na vulva, uma sensação de umidade e lubrificação, indicando o tempo da fertilidade, momento em que os espermatozoides têm maior facilidade de penetração no colo uterino. Nessa fase, o muco é transparente,

elástico, escorregadio e fluído, semelhante à clara de ovo.

### **Técnica de uso do método – Instruções às usuárias:**

- a) Observar, diariamente, a presença ou ausência de fluxo mucoso mediante sensação de secura ou umidade da vulva;
- b) Analisar as características do muco, de acordo com a seguinte descrição: pegajoso, turvo, elástico, claro, transparente ou sensação escorregadia.

Modificações do muco cervical ao longo do ciclo menstrual:

**Fase pré-ovulatória:** ao término da menstruação, pode começar uma fase seca ou com secreção igual e contínua na aparência e na sensação que dura, em geral, dois, três, ou mais dias. O casal pode ter relações sexuais nos dias da fase seca, em noites alternadas (para que o sêmen não prejudique a observação do muco cervical). Às vezes o muco aparece na própria menstruação ou logo no primeiro dia de seu término, especialmente nos casos em que o período menstrual é longo e o ciclo é curto.

**Fase ovulatória:** o muco que inicialmente é esbranquiçado, turvo e pegajoso, vai se tornando a cada dia mais elástico e lubrificante, semelhante à clara de ovo, podendo-se puxá-lo em fio – este é o período favorável para a penetração dos espermatozoides no canal cervical. Havendo

fluxo mucoso, e/ou sensação de lubrificação, o casal deve abster-se de relações sexuais, quando não deseja a gravidez. O último dia de sensação vulvar de umidade lubrificante chama-se **Ápice**. O dia **Ápice**, no entanto, só pode ser reconhecido posteriormente, pois, somente quando o muco desaparece ou retorna à aparência de muco pegajoso, com sensação de secura, é que se identifica que o dia anterior foi o dia **Ápice**. O dia **Ápice** indica que a ovulação já ocorreu, está ocorrendo ou vai ocorrer até aproximadamente 48 horas. Nessa fase, o casal deve abster-se de todo contato genital para evitar a gravidez.

**Fase pós-ovulatória:** na 4ª noite após o dia **Ápice** a mulher entra no período de infertilidade, que dura mais ou menos duas semanas. Nesse período, o casal pode ter relações sexuais, pois os indicadores do período fértil (muco e ovulação) já ocorreram.

Em resumo, pode-se identificar o período fértil da seguinte maneira:

- A presença do muco e sua modificação, com sensação de molhado ou de umidade, sempre indica o começo do período fértil;
- Na 4ª noite após o dia **ápice**, começa o período infértil;
- Registrar, diariamente, os dados sobre a menstruação, as características do muco e os dias de relações sexuais, utilizando um gráfico ou marcação com sinais convencionais ou selos coloridos;
- Identificar os dias em que pode ou não ter relações sexuais;
- Aprender a distinguir o muco cervical das leucorreias e do fluido seminal (a principal característica do fluxo mucoso é a lubrificação);

Benefício não contraceptivo: ausência de efeitos sistêmicos; favorece o conhecimento da fisiologia reprodutiva.

## **Método Sinto-Térmico**

Este método baseia-se na combinação de múltiplos indicadores da ovulação, com a finalidade de determinar o período fértil com maior precisão e confiabilidade. Fundamentalmente, ele combina a observação dos sinais e sintomas relacionados à temperatura basal corporal e ao muco-cervical, associada ainda a parâmetros subjetivos (físicos e ou psicológicos) indicadores de possível ovulação. Os parâmetros subjetivos relacionados com a ovulação podem ser, entre outros:

- Dor abdominal;
- Sensação de peso nas mamas, mamas inchadas ou doloridas;
- Variações de humor e/ou da libido;
- Outros sintomas e sinais: enxaqueca, náuseas, acne, aumento de apetite, ganho de peso, sensação de distensão abdominal, sangramento intermenstrual, entre outros.

**Obs: a mulher que desejar fazer uso deste método deve estar completamente familiarizada com as técnicas de cada um dos métodos comportamentais já descritas anteriormente.**

## Técnica de uso do método – Instruções às usuárias:

a) Registrar, diariamente, num gráfico apropriado (gráfico 1), os dados sobre as características do muco cervical, as temperaturas e os sintomas que eventualmente possa sentir.

b) Identificar o início do período fértil por meio de:

- Cálculos: o ciclo mais curto dos últimos seis a 12 ciclos menos 18 dias;
- Método de ovulação Billings: primeiro dia de muco;
- Combinação de ambos.

c) Identificar o término do período fértil por meio de:

- Método de temperatura basal corporal: quatro dias após a manutenção da temperatura elevada;
- Método do muco cervical: 4ª noite após o Ápice do muco;
- Combinação de ambos ou o que ocorrer por último.

d) Abster-se de relações sexuais durante o período fértil, para evitar a gravidez.

***OBS: A mulher deverá aplicar as regras de acordo com cada método reiniciando as relações sexuais com aquele que lhe der maior segurança.***

**Benefício não contraceptivo:** Ausência de efeitos sistêmicos. Favorece o conhecimento da

fisiologia reprodutiva.

## **DIAFRAGMA**

É um método anticoncepcional de uso feminino que consiste em um anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e nas trompas.

Para maior eficácia do método, antes da introdução, colocar, na parte côncava, creme espermicida. Entretanto, essa associação limita-se às mulheres com baixo risco para o HIV e outras ISTs. A taxa de falha, nos primeiros 12 meses de uso do método, varia de 2,1%, quando utilizado corretamente e consistentemente, a 20%, em uso habitual.

Prazo de validade: cinco anos. (A vida média útil do diafragma é em torno de três anos, se observadas as recomendações do produto).

### **TÉCNICA DE USO – INSTRUÇÕES ÀS USUÁRIAS:**

a) Antes que a mulher comece a usá-lo é importante que aprenda a identificar o colo do útero por meio do auto toque vaginal da seguinte forma:

- Após lavar as mãos, introduzir o dedo médio na vagina, dirigindo-o para trás;
- Movendo suavemente o dedo dentro da vagina, procurar o colo uterino, cuja forma e consistência se assemelham à ponta do nariz;
- Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação.

b) O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Nesta última modalidade, é aconselhável retirar o diafragma uma vez ao dia, lavá-lo (preferencialmente durante o banho, desde que este ocorra pelo menos seis horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando, assim, a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital.

c) Usar o diafragma todas as vezes que mantiver relações sexuais, independente do período do mês.

d) Urinar e lavar as mãos antes de colocar o diafragma.

e) Antes de cada uso, examinar cuidadosamente o diafragma contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos.

f) Em caso de uso com geleia espermicida, aplicá-la dentro da parte côncava do diafragma (mais ou menos uma colher das de chá).

**Observação: O uso frequente de espermicida causa irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção pelo HIV e outras ISTs.**

g) Colocar o diafragma na vagina na posição que achar mais confortável (deitada, de cócoras ou em pé, com uma das pernas levantada ou sentada na beirada de uma cadeira) da seguinte forma:

- Segurar o diafragma com uma das mãos, com a parte côncava virada para cima (com a geleia dentro), pressionar e unir as bordas com os dedos médio e polegar;
- Afastar os lábios da vulva com a outra mão e colocar, dentro da vagina, o diafragma dobrado, empurrando-o na direção do fundo posterior da vagina até onde seja possível;
- Com o dedo indicador, empurrar a borda anterior do diafragma até que esta se apoie na face posterior do púbis.

h) Verificar a correta colocação do diafragma por meio do autotoque, certificando-se de que o colo uterino esteja coberto pela membrana de borracha.

i) O diafragma não deve ser retirado antes de um período de seis horas após a última relação

sexual, e deve ser evitado o uso de duchas vaginais durante esse período.

j) Remover o diafragma colocando o dedo indicador por trás da sua borda anterior e puxando-o para baixo e para fora. Observar o tempo mínimo de seis horas após a relação e o máximo de 24 horas após a sua inserção.

k) Após o uso, lavar o diafragma com água e sabão neutro, enxaguar bem, secar e guardar no estojo próprio. Sendo o diafragma feito de látex, é importante salpicá-lo com amido de milho (o uso de talcos perfumados pode danificar o diafragma e ser prejudicial ao colo uterino e à vagina, além de propiciar alergias).

**Observação: A detecção de IST é motivo para suspender o uso do método. O retorno ao uso ficará condicionado à cura da infecção e reavaliação de risco de nova IST e infecção pelo HIV.**

Efeitos secundários: irritação da vagina ou pênis; reação alérgica à borracha ou ao espermicida; aumento da frequência de infecções do trato urinário.

Benefícios não contraceptivos: ausência de efeitos sistêmicos; prevenir algumas ISTs (cervicites) e suas complicações; possivelmente auxiliar na prevenção do câncer de colo uterino.

## MÉTODOS CONTRACEPTIVOS CIRÚRGICOS - DEFINITIVOS

Os métodos cirúrgicos são métodos contraceptivos definitivos – esterilização – que podem ser realizados na mulher, por meio da ligadura tubária, e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes-vasectomia.

Assim sendo, antes da escolha de um método contraceptivo permanente, laqueadura tubária ou vasectomia, vários fatores, e não apenas sua eficácia e segurança, devem ser analisados. Acolhimento do casal, informação, aconselhamento e consentimento esclarecido são impositivos éticos e legais antes de uma esterilização cirúrgica.

No aconselhamento, deve ser desencorajada a esterilização precoce, ressaltando-se a existência de métodos reversíveis com eficácia similar aos métodos cirúrgicos.

No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96, incluindo as modificações pela Lei nº 14.443, de 2022, que trata sobre o planejamento reprodutivo, a qual estabelece que os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução que somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

*I - em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso*

*a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce; (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência.*

*II - risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.*

*§ 1º É condição para que se realize a esterilização o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.*

*§ 2º A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas. (Redação dada pela Lei nº 14.443, de 2022) Vigência.*

## LAQUEADURA TUBÁRIA

A participação nas atividades educativas em saúde sexual e reprodutiva é imprescindível a fim de que as usuárias tenham acesso às orientações sobre todos os métodos contraceptivos, em especial quando o método de escolha é a laqueadura tubária. Por tratar-se de um método irreversível, é essencial que a escolha seja fundamentada e consciente. As usuárias deverão ser informadas quanto aos critérios de elegibilidade estabelecidos na Lei 9.263, de 12 de janeiro de 1996, (incluindo as modificações pela Lei nº 14.443, de 2022), cujo o melhor momento para a realização do procedimento será avaliado pelas unidades integrantes no fluxo municipal de Niterói..

## CONDICIONALIDADES

- Realizar Grupo de Planejamento Reprodutivo;
- Mulheres maiores de 21 anos de idade ou pelo menos, com dois filhos vivos, com prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico;
- Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos;
- A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto **e as devidas condições médicas;**
- A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da Lei;
- Participação em atividades educativas sobre formas alternativas de contracepção na unidade de saúde, com presença do casal ou da mulher.

## MECANISMO DE AÇÃO

A obstrução mecânica ou ressecção das trompas de Falópio impede que os espermatozoides migrem ao encontro do óvulo, impedindo a fertilização.

## EFICÁCIA

Muito eficaz e definitivo. No primeiro ano após o procedimento, a taxa de gravidez é de 0,5 para 100 mulheres. Dez anos após o procedimento, a taxa é de 1,8 para 100 mulheres. A eficácia depende, em parte, de como as trompas foram bloqueadas, mas a taxa de gravidez é sempre baixa.

## COMPLICAÇÕES

- Infecção e sangramento no local da incisão.
- Infecção ou sangramento intra-abdominal.
- Lesão de órgãos pélvicos ou abdominais.
- Reação alérgica ao anestésico.
- Embolia pulmonar.

## ACONSELHAMENTO

São recomendadas as seguintes informações e orientações:

- Enfatizar que a laqueadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização;
- Desencorajar a esterilização precoce;

- Esclarecer que a cirurgia de reversão tubária é procedimento pouco ofertado no SUS e com baixo índice de sucesso.
- Envolver o casal no processo de decisão, oferecendo a vasectomia ao homem, que é procedimento seguro, mais simples execução e altamente eficaz;
- Oferecer amplas informações sobre todos os métodos anticoncepcionais reversíveis e, segundo a legislação brasileira, também oferecer acesso a eles;
- Dar informações sobre as taxas de falha de cada método e da possibilidade de a gravidez ocorrer longo após a esterilização;
- Informar sobre o risco de gravidez ectópica e orientar a mulher a procurar imediatamente o serviço de saúde, havendo qualquer sinal suspeito de gravidez;
- Informar que a laqueadura tubária não protege de IST/HIV/Aids. Deve ser abordada a necessidade de dupla proteção, ou seja, o uso combinado da laqueadura tubária com a camisinha masculina ou feminina;
- Mostrar ao casal as taxas de arrependimento após a esterilização;
- Explanar ao casal sobre o procedimento cirúrgico e seus riscos, instruções pré e pós-operatórias, tipo de anestesia, tempo de recuperação e possibilidade de mudanças no padrão menstrual.

## FLUXO MUNICIPAL DA LAQUEADURA TUBÁRIA- FMS/NITERÓI

### GRUPO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

- Escolha do método;
- Assinatura do termo de esclarecimento e livre escolha.

### *MANIFESTAÇÃO DE VONTADE PARA A REALIZAÇÃO DE LAQUEADURA TUBÁRIA*



### CONSULTA MÉDICA

Encaminhar a mulher para a consulta médica na própria unidade para avaliação de saúde e solicitação de exames pré-operatórios.

### EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS

Hemograma completo (4 meses); Coagulograma (4 meses); Glicose (4 meses); Creatinina (4 meses); Teste Rápido: HIV, Sífilis (em caso de resultado positivo para Sífilis, realiza o VDRL - 4 meses); “HBsAg” e anti-HCV” (6 meses); Raios-X de Tórax PA e perfil (4 meses); ECG (4 meses); Risco Cardiológico (4 meses); Preventivo 12 meses (após dois exames anuais consecutivos normais, o intervalo é de 3 anos) e EAS (4 meses).

## AGENDAMENTO

A solicitação de agendamento deve ser feita pelo e-mail [paism.desum@gmail.com](mailto:paism.desum@gmail.com), com as seguintes informações: nome da usuária, data de nascimento e número de filhos vivos. O PAISM/DESUM dará o retorno à unidade, por e-mail, quanto à data de agendamento da consulta.

A usuária deve ser orientada para que na data agendada, leve o comprovante de agendamento, Identidade, CPF, comprovante de residência, Exames e Risco Cirúrgico e documentos do Planejamento Reprodutivo .

## CONSULTA PRÉ-OPERATÓRIA

Na consulta pré-operatória com a ginecologia, atualmente no Hospital Orêncio de Freitas, será feita a avaliação dos exames e inclusão do nome da usuária no mapa cirúrgico.

## VASECTOMIA

É um procedimento cirúrgico de pequeno porte, seguro e rápido. Consiste na ligadura dos ductos deferentes. Tem por objetivo interromper o fluxo de espermatozoides em direção à próstata e vesículas seminais para constituição do líquido seminal. Pode ser realizado em ambulatório, com anestesia local, desde que se observem os procedimentos adequados para a prevenção de infecções.

A vasectomia não altera a vida sexual do homem. O desejo e a potência sexual continuam iguais aos que eram antes da cirurgia. A única diferença é que o esperma ejaculado não contém mais espermatozoides, sem alterações na quantidade e no aspecto do esperma.

### CONDICIONALIDADES

Homens com mais de 21 anos ou no mínimo dois filhos  
Participação no Grupo/Consulta de Planejamento Reprodutivo  
Será realizada consulta médica para solicitação de exames pré-operatórios.  
(coagulograma)

## EFICÁCIA

Muito eficaz e permanente, com taxa de gravidez de 0,15 para cada 100 homens após o primeiro ano do procedimento. Orientar o uso de preservativos, ou outro método de planejamento familiar eficaz pelo menos nas primeiras 20 ejaculações, ou por três meses após o procedimento;

Recomenda-se fazer espermograma para ter certeza de que a vasectomia foi eficaz antes de liberar as relações sexuais sem proteção anticoncepcional adicional. Ele pode ser feito em qualquer momento após três meses do procedimento ou após 20 ejaculações. É necessário ter um resultado de espermograma que demonstre a azoospermia para atestar que a vasectomia funcionou. Nem o número de ejaculações, nem o tempo após a cirurgia são indicadores confiáveis.

## ASPECTOS SOCIOCULTURAIS

Culturalmente a contracepção masculina é encarada de maneira preconceituosa, principalmente pelos homens. Em determinados países, a capacidade de gerar filhos está diretamente relacionada ao valor do homem na sociedade. Nesse contexto, a vasectomia teria conotação de perda do status social e respeito do homem. Estudos mostram que a baixa aceitação cultural da população brasileira, associada ao receio de complicações no desempenho sexual, com diminuição da masculinidade, contribui para a baixa prevalência desse método anticoncepcional.

## COMPLICAÇÕES

**Agudas:** formação de hematomas e a infecção local.

**Crônicas:** síndrome dolorosa pós-vasectomia, que inclui a congestão epididimária; a epididimite; o granuloma espermático; e a persistência de espermatozoides no esperma ejaculado, essa última decorrente de erro técnico, ou recanalização.

## AGENDAMENTO

A unidade de saúde deverá solicitar a marcação da consulta através do e-mail [saudehomem.desum@gmail.com](mailto:saudehomem.desum@gmail.com), com as seguintes informações: nome da unidade de saúde, nome do usuário, data de nascimento, número de filhos e telefone.

O DESUM enviará por e-mail a data do agendamento da consulta que será realizada no Hospital Orêncio de Freitas.

Caberá a Unidade de Saúde informar ao usuário a data da consulta e orientá-lo quanto à necessidade de levar a seguinte documentação no dia agendado: declaração de participação no Grupo de Planejamento Familiar da Unidade; Exames pré-operatórios; Laudo Médico para Emissão de AIH; Ficha de referência para realização de vasectomia; Declaração de livre vontade.

## REFERÊNCIAS

1. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010;
2. OMS. Medical eligibility criteria for contraceptive use Fifth edition 2015;
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com Cobre TCU 380<sup>a</sup>/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília: Ministério da Saúde 2018;
4. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016;
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual Técnico para Profissionais de Saúde: DIU de Cobre TCu 380. Brasília Ministério da Saúde, 2018;
6. 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. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 300 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, n. 26);

7. 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. 230 p.: il;

8. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update) Baltimore and Geneva; CCP and WHO, 2018;

9. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016;

10. Finotti, Marta. Manual de anticoncepção / Marta Finotti. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2015;

11. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use 2015. Fifth edition. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9789241563888/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/)

12. Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3): 585-92;

13. Cecatti JG, Correa-Silva EP, Milanez H, Morais SS, Souza JP The associations between inter-pregnancy interval and maternal and neonatal outcomes in Brazil. *Matern Child Health J.* 2008;
14. Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to easy intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception* 2016; 94(6): 739-759;
15. Kaislasuo J, Suhonen S, Gissler M, Lahteenmaki P, Heikinheimo O. Uterine perforation caused by intrauterine devices: clinical course and treatment. *Human Reprod.* 2013;28(6): 1546-51;
16. Brahmi D, Steenland MW, Renner RM, Gaffield ME, Curtis KM. Pregnancy outcomes with an IUD in situ: a systematic review. *Contraception.* 2012;85(2):131-9;
17. Bahamondes L, Bottura B, Bahamondes MV et al. Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic. *Hum Reprod.* 2014; 29 (10): 2163-70;
18. Seval Ozgu-Erdinic, Ufuk Goker Tasdemir, Dilek Uygur, Ayla Aktulay, Nicel Tasdemir, H Cavidan Gulerman. Outcome of intrauterine pregnancies with intrauterine device in place and effects of device location on prognosis. *Contraception* 89 (2014) 426-430;

# ATENÇÃO ÀS SITUAÇÕES DE INFERTILIDADE

## INTRODUÇÃO

A assistência ao casal com dificuldade de engravidar é um processo segundo o qual são utilizadas diferentes técnicas médicas para auxiliar na reprodução humana e que reúne ações em saúde e procedimentos em todos os níveis de atenção, primário, secundário e terciário.

Considerando a LEI Nº 9.263, 12 de janeiro de 1996 que regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar e a portaria nº 426 / GM de 22 de março de 2005 que institui no âmbito do SUS, a política, a Política Nacional de Atenção Integral em Reprodução Humana Assistida, a rede de saúde municipal constituindo-se como porta de entrada as Unidades Básicas de Saúde e realizando os encaminhamentos para os serviços especializados quando necessário.

Desta forma a Rede Básica de Saúde foi organizada para ser Coordenadora do Cuidado, tendo condições de realizar a avaliação e todos os exames necessários à investigação dos casos de infertilidade. Identificando o casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e um elenco de exames complementares de diagnósticos básicos, afastan-

do-se patologias, fatores concomitantes e qualquer situação que interfira numa futura gestação e que ponham em risco a vida da mulher ou do feto.

## DEFINIÇÃO

Define-se como infértil o casal que após **um ano de vida sexual ativa**, com frequência de coito de pelo menos duas vezes por semana e sem uso de método anticoncepcional, não conseguiu engravidar.

As causas de infertilidade tendem a ser um terço por fatores masculinos, um terço por fatores femininos e um terço por fatores combinados ou por infertilidade sem causa definida.

A atenção básica é a porta de entrada para identificação do casal infértil e na qual devem ser realizados a anamnese, o exame clínico-ginecológico e exames complementares de diagnósticos básicos.

# INVESTIGAÇÃO

## I - ANAMNESE

A anamnese deve conter dados sobre:

### **Idade da Mulher**

Com o avançar dos anos, além da redução numérica acentuada, verifica-se um prejuízo na qualidade dos folículos disponíveis.

### **História do problema atual**

Registrar a quanto tempo tenta engravidar, o uso de métodos anticoncepcionais, exames e tratamentos já realizados para infertilidade.

## HISTÓRIA SEXUAL

São importantes as informações sobre frequência de relações sexuais com penetração vaginal.

## HISTÓRIA MENSTRUAL

Abordar as características e padrão do ciclo menstrual da paciente.

## **HISTÓRIA OBSTÉTRICA**

Deve incluir gestações de relacionamentos anteriores e atual, antecedentes de gravidez ectópica, frequentemente ligada a danos tubários. Rever, também, o passado de abortamento, infecção puerperal e curetagem pós-aborto e pós-parto, capazes de originar lesões tubo peritoneais e uterinas.

## **HISTÓRICO DE CIRURGIAS PÉLVICAS**

Deve ser investigado passado de cirurgias pélvicas como miomectomias, exérese de cistos de ovário, apendicectomias que podem levar à formação de processos aderências.

## **HISTÓRICO DE EXPOSIÇÃO A FATORES EXTERNOS**

Tabagismo, exposição a substâncias tóxicas ou a fatores ambientais.

## **NO CASO DO PARCEIRO DEVEMOS INTERROGAR**

- Uso de álcool ou drogas;

- Função erétil;
- História médica - Uso de fármacos, infecções, diabetes, traumas testiculares, doenças da infância, criptorquidismo, varicocele, cirurgias pélvicas prévias.

## PRIMEIRAS ORIENTAÇÕES AO CASAL

De acordo com a avaliação clínica, deve ser realizada a orientação ao casal quanto à prática sexual adequada, para que a mesma seja compatível com a obtenção de gravidez, por um período de três meses, segundo o que se segue:

- Identificar o período fértil;
- Recomendar concentração das relações sexuais no período fértil;
- Eliminar qualquer fator que interfira com depósito de sêmen, ou que dificulte a migração espermática através do trato genital feminino (lubrificantes, duchas vaginais e outros).

## II - EXAMES COMPLEMENTARES

### PARA O CASAL

Triagem inicial de doenças infecciosas: Anti-HIV, VDRL, HbsAg, Anti-HCV, clamídia IgG.

## PARA O HOMEM

A pesquisa da infertilidade masculina fundamenta-se na avaliação do espermograma. Deve ser feito com três a sete dias de abstinência sexual.

## PARA A MULHER

- **AVALIAÇÃO DO FATOR OVARIANO FEMININO**

Os exames realizados visam diagnosticar a ovulação. São as provas indiretas da ovulação: Curva de temperatura basal (CTB): A temperatura deve ser tomada em repouso pela manhã e anotada em um gráfico próprio. Após a ovulação ocorre elevação de aproximadamente 0.3°C. Curva sem variação de temperatura indica anovulação.

**Muco cervical:** Após a ovulação, sob a ação da progesterona, torna-se espesso.

**Dosagem de progesterona sérica:** a progesterona deve ser dosada aproximadamente 10 dias após a suposta ovulação e valores maiores ou iguais a 10 mg/ml estão associados com função lútea normal.

**Dosagem de FSH basal:** O FSH é solicitado até o 5º dia do ciclo principalmente em mulheres que serão submetidas à estimulação ovariana. Valores séricos de FSH acima de 10mUI/ml, no terceiro dia do ciclo, acompanham-se de pobre resposta ovariana aos indutores de ovulação.

**Avaliação do fator cervical:** Cervicite, estenose, lesão do epitélio glandular por trauma ou por infecções, pólipos podem levar à dificuldade de engravidar, portanto o exame especular e a coleta de colpocitologia oncótica são de extrema importância.

**Avaliação do fator uterino:** Pólipos, miomas submucosos, sinequias, processos infecciosos e malformações uterinas podem ser responsáveis por infertilidade e a USG transvaginal pode sugerir algumas dessas patologias.

**Avaliação do fator hormonal:** Irão avaliar hipófise, tireoide e suprarrenal: dosagem de prolactina; TSH e T4 Livre; 17-OH progesterona.

**Avaliação de diabetes:** glicemia de jejum

## ENCAMINHAMENTO

---

## CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO:

Critérios para encaminhamento:

- Só encaminhar o casal que está tentando engravidar há pelo menos um ano;
- Só encaminhar os casais que já foram submetidos à rotina básica de infertilidade, contendo os seguintes exames: dosagem hormonal (FSH, Progesterona, Prolactina, TSH, T4 livre, 17-OH Progesterona), USG transvaginal e colpocitologia oncótica para as mulheres e um espermiograma para os homens.

## REGULAÇÃO

Após realização dessa primeira etapa, deve-se encaminhar o casal infértil para consulta de infertilidade, via central de regulação para a Policlínica de Especialidades em Atenção à Saúde da Mulher Malu Sampaio.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva, Brasília, DF- 2010;
2. Gusso, Gustavo e Lopes, José M. C., Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática – Porto Alegre: Artmed, 2012.





**NITERÓI**  
SEMPRE À FRENTE

Saúde

