

Contracepção pós-parto e pós-abortamento: um compilado das evidências atuais

Postpartum and post-abortion contraception: a compilation of current evidences

Caio Ribeiro Vieira Leal¹, Stephanie Kneipp Lopes da Silva¹, Karen Pereira Rezende¹, Guilherme Bese Moreira¹, Bethânia de Lima Figueiredo Souza¹, Elaine Cristina Fontes de Oliveira¹

Descritores

Contracepção; Pós-parto; Aborto; Dispositivos intrauterinos; Medicados; Contracepção hormonal

Keywords

Contraception; Postpartum; Abortion; Intrauterine devices; Intrauterine devices; Medicated; Hormonal contraception

Submetido:

25/08/2022

Aceito:

22/11/2022

1. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, Brasil.

Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

Autor correspondente:

Caio Ribeiro Vieira Leal
Avenida Professor Alfredo Balena, 110, Centro, 30130-100, Belo Horizonte, MG, Brasil
lealcaiorv@gmail.com

Como citar:

Leal CR, Silva SK, Rezende KP, Moreira GB, Souza BL, Oliveira EC. Contracepção pós-parto e pós-abortamento: um compilado das evidências atuais. *Femina*. 2023;51(2):120-8.

RESUMO

Idealmente, a contracepção deve ser iniciada o mais precocemente possível após o parto ou após o abortamento, permitindo que as mulheres sejam protegidas contra uma gravidez não programada subsequente. O objetivo desta revisão é discutir a contracepção no pós-parto e pós-aborto, por meio da análise de ensaios clínicos e metanálises, além das principais diretrizes internacionais, com ênfase nas indicações e contraindicações, tempo de início do uso dos métodos contraceptivos e possíveis complicações. Nesta revisão não sistemática, são discutidos os principais métodos contraceptivos: dispositivos intrauterinos, métodos somente de progestagênios, métodos hormonais combinados, métodos de barreira, método de amenorreia lactacional e esterilização. O aconselhamento contraceptivo pós-parto deve começar durante o pré-natal e, em pacientes após abortamento, durante a internação hospitalar. Todas as mulheres devem ter acesso a informações claras sobre cada método contraceptivo, e o processo de tomada de decisão deve ser compartilhado com o médico assistente. Idealmente, métodos de contracepção reversíveis de longa duração devem ser priorizados em relação aos outros. Em conjunto, todas as evidências demonstram que o melhor método para cada paciente é aquele que combine altas taxas de segurança com o desejo da paciente de iniciá-lo e mantê-lo pelo tempo que desejar.

ABSTRACT

Contraception should ideally be started as early as possible after childbirth or abortion to allow women to be protected against a subsequent unplanned pregnancy. The aim of this review is to discuss postpartum and postabortion contraception, through the analysis of clinical trials and meta-analyses, in addition to the main international guidelines, with emphasis on indications and contraindications, time to start contraceptive method and possible complications. In this review, the main contraceptive methods are discussed: intrauterine devices, progestin-only methods, combined hormonal methods, barrier methods, lactational amenorrhea method and sterilization. Postpartum contraceptive counseling should start during prenatal care and during hospital stay in post-abortion patients. All women should have access to clear information about each contraceptive method and the decision-making process must be shared. Ideally, long acting reversible contraception methods should be prioritized over others. Taken together, all the evidence shows that the best method for each patient is the one that combines high safety rates with the patient's desire to start and maintain it for as long as she wants.

INTRODUÇÃO

A contracepção é um dos temas mais relevantes na atenção à saúde da mulher, uma vez que é uma ferramenta que endossa o empoderamento feminino, em relação tanto aos direitos sobre seu corpo quanto ao seu futuro.^(1,2)

A gravidez não programada pode resultar da falta do uso do método contraceptivo ou da falha desse método em si (índice de Pearl), causando impactos negativos na saúde da mulher e de seus filhos, na família, na comunidade e, até mesmo, nos sistemas de saúde.^(1,2) A redução do número de gravidezes não programadas está associada a um aumento do crescimento econômico, promoção da saúde pública e desenvolvimento socioeconômico.⁽³⁾

A discussão sobre o uso de métodos contraceptivos é ainda mais importante nos períodos pós-parto e pós-aborto por inúmeras razões. Em primeiro lugar, em muitos países, especialmente os de baixa e média renda, os períodos pós-parto e pós-aborto são um dos poucos momentos em que a mulher tem acesso aos sistemas de saúde, sendo esses períodos oportunos para orientação e prescrição de métodos contraceptivos.^(4,5) Além do mais, a discussão desse tópico é necessária, porque ainda existem muitos mitos e equívocos relacionados à contracepção nesses períodos, com profissionais e pacientes temerosos com o tema, especialmente sobre quando e como iniciar o uso dos métodos e sobre os possíveis riscos de tromboembolismo venoso (TEV) e impactos sobre a amamentação.^(6,7)

A gravidez não programada é uma condição associada a resultados obstétricos desfavoráveis, que podem ser ainda piores se a gestação ocorrer logo após o parto ou o aborto espontâneo. A ovulação pode ocorrer dentro de três a quatro semanas após o aborto e de seis a nove semanas após o parto em mulheres não lactantes.⁽⁸⁻¹⁰⁾ Já o retorno à atividade sexual ocorre, em média, seis a oito semanas após o parto e duas semanas após o aborto.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ Portanto, idealmente, a contracepção deveria ser iniciada o mais precocemente possível após o parto ou o aborto, permitindo que essas mulheres sejam protegidas contra gravidezes não programadas quando retornarem à atividade sexual.

O objetivo desta revisão é discutir a contracepção no pós-parto e no pós-aborto, por meio da análise de ensaios clínicos e metanálises, além das principais diretrizes internacionais das diferentes sociedades de ginecologistas e obstetras, com ênfase nas indicações e contraindicações, tempo de início do uso dos métodos contraceptivos e possíveis complicações.

MÉTODOS

Foi realizada uma busca abrangente e não sistemática sobre o uso dos métodos contraceptivos nos períodos pós-parto e pós-aborto nas bases de dados *on-line* (PubMed, Scopus, Google Scholar, SciELO), utilizando-se os termos “contracepção”, “pós-parto”, “puerpério”, “pós-aborto”, “contracepção hormonal”,

“dispositivo intrauterino” e variantes como palavras-chave. Aproximadamente 650 artigos tiveram seus títulos e resumos lidos pelos autores. Os critérios de seleção foram artigos em língua inglesa, artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos que abordassem o uso de quaisquer métodos contraceptivos no período pós-parto e pós-aborto, com preferência para ensaios clínicos, metanálises e artigos de revisão. Foram selecionados também protocolos clínicos das principais sociedades internacionais de ginecologistas e obstetras. A seleção foi realizada de forma independente pelos autores.

CONTRACEPÇÃO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTO

O aconselhamento contraceptivo pós-parto deve começar durante o pré-natal e, em pacientes pós-aborto, durante a internação hospitalar. Equipes multidisciplinares devem estar preparadas para permitir que todas as mulheres tenham acesso a informações claras sobre cada método contraceptivo, tais como indicações, contraindicações, vantagens, desvantagens, características particulares de cada método, uso correto e índice de falha. O cuidado deve ser centrado no indivíduo, sendo essencial que cada mulher seja ouvida e o processo de decisão seja compartilhado com o médico assistente. Os riscos de uma nova gravidez após a outra deve ser explicado, porém o desejo ou recusa de quaisquer métodos deve ser respeitado.⁽¹⁵⁻¹⁸⁾

O ideal é que a paciente tenha alta hospitalar já em uso de algum método contraceptivo, seja após o parto ou após o aborto, caso ela assim deseje. A maioria dos métodos existentes pode ser utilizada nesses contextos. Porém, as evidências apontam claramente para a preferência por métodos de contracepção reversíveis de longa duração (LARC), tais como dispositivos intrauterinos (DIUs) e implantes hormonais, como métodos de primeira escolha nessas situações, uma vez que eles têm alta aceitação e são mais eficazes na prevenção de intervalos interpartais curtos.⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ Se o método desejado não estiver disponível, um método contraceptivo temporário deve ser utilizado até que ele possa ser iniciado (este é chamado de “método-ponte”).⁽¹⁸⁾

Para facilitar a discussão, os autores optaram por categorizar os métodos em seções, de acordo com suas características: DIUs, métodos só de progestagênio (implante de progestagênio, pílula oral de progestagênio, injetável só de progestagênio), métodos hormonais combinados (contraceptivo oral combinado, adesivo transdérmico, anel vaginal e injetável hormonal combinado), métodos de barreira, método de amenorreia lactacional e esterilização. É importante ressaltar que serão tratados apenas os aspectos anticoncepcionais pós-parto e pós-aborto, devendo ser avaliados os Critérios Médicos de Elegibilidade (MEC) para uso de métodos anticoncepcionais da Organização Mundial da Saúde⁽¹⁹⁾ em pacientes com outros contextos clínicos adicionais. O quadro 1⁽¹⁹⁾ descreve alguns desses

critérios relacionados ao puerpério, pós-aborto, doença trofoblástica gestacional (DTG) e gravidez ectópica (GE).

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Os DIUs são métodos contraceptivos de longa duração altamente efetivos, seguros e aceitáveis. O dispositivo intrauterino de cobre (DIU de Cu) e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) estão atualmente disponíveis, cada um com suas particularidades.

Em geral, ambos podem ser usados imediatamente após o parto e após o aborto, desde que não haja contraindicações. Os DIUs não devem ser inseridos no contexto de infecção intrauterina no momento do parto ou aborto, sepse ou hemorragia.^(15,19) Durante o aconselhamento contraceptivo, todas as mulheres devem ser informadas sobre os riscos de perfuração uterina, mau posicionamento dos dispositivos, expulsão e expulsão não identificada deles.⁽¹⁵⁾

Quadro 1. Categoria do uso dos métodos contraceptivos pós-parto e pós-aborto de acordo com os Critérios de Elegibilidade para uso dos métodos contraceptivos da Organização Mundial de Saúde (OMS)

Condição	DIU de Cu	SIU-LNG	POP	IMP	AMP	AOC
Aleitamento						
<6 semanas pós-parto	1	2	2	2	3	4
≥6 semanas pós-parto a <6 meses	1	1	1	1	1	3
≥6 meses pós-parto	1	1	1	1	1	2
Pós-parto (sem aleitamento)						
<48 horas	1	1	1	1	1	3
≥48 pós-parto a <3 semanas	3	3	1	1	1	3
≥3 semanas a <4 semanas	3	3	1	1	1	2
≥4 semanas a <6 semanas	1	1	1	1	1	2
≥6 semanas	1	1	1	1	1	1
Mulheres pós-parto com fator de risco adicional para TVP						
<48 horas	1	2	2	2	2	4
≥48 horas a <3 semanas	3	3	2	2	2	4
≥3 semanas a <4 semanas	3	3	1	1	1	3
≥4 semanas a <6 semanas	1	1	1	1	1	3
≥6 semanas	1	1	1	1	1	3
Sepse puerperal						
<48 horas	4	4	2	2	2	4
≥48 horas <3 semanas	4	4	2	2	2	4
≥3 semanas a <4 semanas	4	4	1	1	1	3
≥4 semanas a <6 semanas	4	4	1	1	1	3
≥6 semanas	4	4	1	1	1	3
Pós-aborto						
Primeiro trimestre	1	1	1	1	1	1
Segundo trimestre	2	2	1	1	1	1
Pós-aborto séptico	4	4	1	1	1	1
Doença trofoblástica gestacional	3/4	3/4	1	1	1	1
Gestação ectópica	1	1	1	1	1	1

DIU de Cu: dispositivo intrauterino de cobre; SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; POP: pílula oral de progestagênio; IMP: implante de progestagênio; AMP: acetato de medroxiprogesterona; AOC: anticoncepcional oral combinado; TVP: trombose venosa profunda; 1: o método pode ser usado em qualquer circunstância; 2: geralmente se usa o método; 3: o uso do método geralmente não está recomendado, a não ser que não haja outro método apropriado disponível ou aceitável; 4: o método não deve ser usado.

Fonte: Adaptado de World Health Organization (2015).⁽¹⁹⁾

A inserção dos DIUs no pós-parto pode ser classificada por critérios temporais: considera-se “inserção pós-parto imediato” quando é realizada nos primeiros 10 minutos após a expulsão da placenta; “inserção pós-parto precoce” é a inserção que ocorre entre 10 minutos e quatro semanas após a expulsão da placenta; e “inserção de intervalo” é a que ocorre a qualquer momento a partir de quatro semanas após o parto.⁽²⁰⁾ Revisões sistemáticas recentes e metanálises avaliaram as taxas de expulsão dos DIUs pós-parto e encontraram taxas de expulsão mais altas nas inserções pós-parto imediato (em torno de 10%) e precoce (13%-29,7%), em comparação com a inserção de intervalo (em torno de 1,9%).^(21,22) Os maiores riscos de expulsão foram encontrados nas inserções pós-parto imediato após parto vaginal, em comparação com partos cesáreos, e em SIU-LNG, em comparação com DIU de Cu.⁽²²⁾ No entanto, mesmo com as maiores taxas de expulsão dos DIUs no pós-parto imediato, ensaios clínicos e estudos de custo-efetividade apontam para a superioridade da inserção imediata sobre a inserção intervalada, especialmente nas pacientes com alta probabilidade de não retornarem para acompanhamento.⁽¹⁵⁾

Uma das grandes vantagens dos LARCs é a boa aceitação das pacientes ao uso do método, com altas taxas de continuidade a médio e longo prazo. As taxas de manutenção do DIU de Cu em 6 e 12 meses após a inserção estão acima de 80%, tanto em países de baixa como de alta renda.^(23,24) Embora a inserção pós-parto imediato esteja associada a altas taxas de expulsão dos dispositivos, as taxas de continuação por 6 e 12 meses pós-parto são altas, independentemente do tipo de DIU ou da via de parto.⁽²⁵⁾

Em relação à inserção dos DIUs pós-aborto, eles podem ser inseridos a qualquer momento, independentemente do tipo de aborto ou da idade gestacional, desde que haja certeza de que a paciente não está mais grávida.⁽²⁶⁾ As taxas de expulsão dos DIUs após o aborto são significativamente maiores após abortamento de segundo trimestre do que após o aborto de primeiro trimestre,⁽²⁷⁾ bem como nas inserções imediatas, em comparação com as inserções tardias.⁽²⁸⁾ No entanto, semelhante à inserção pós-parto, apesar das altas taxas de expulsão, pacientes com inserção imediata são mais propensas a continuar usando o método do que pacientes com inserção tardia, sem aumento nas taxas de infecção ou complicações, tanto para o DIU hormonal quanto para o não hormonal.^(29,30) Desse modo, os possíveis riscos da inserção imediata dos DIUs são superados pelos benefícios: maiores taxas de continuação e menores taxas de dor na inserção.⁽³¹⁾

MÉTODOS SOMENTE DE PROGESTAGÊNIO

Os métodos só de progestagênio incluem a pílula oral de progestagênio (POP), o implante de progestagênio (IMP), o injetável de progestagênio e o SIU-LNG. Em geral,

todos esses métodos podem ser usados imediatamente após o parto ou aborto, sem grandes contraindicações. Os métodos somente de progestagênio são classificados como categoria 2 ou 3 para uso pós-parto e categoria 1 para uso pós-aborto.⁽¹⁵⁻¹⁹⁾ Apesar de existir o risco teórico de efeitos adversos do uso de progestagênio exógeno na lactação e amamentação, além de aparecimento de sintomas de depressão, esse risco ainda não foi comprovado, com os benefícios desses métodos aparentemente superando os riscos. O SIU-LNG já foi discutido na última seção.

As POPs são métodos eficazes que podem ser iniciados a qualquer momento após o parto ou aborto. Elas não estão associadas a impactos negativos na amamentação nem apresentam outras repercussões para a mãe ou o bebê.⁽¹⁶⁾ No entanto, as POPs apresentam baixa taxa de manutenção no período pós-parto. Um estudo observacional prospectivo demonstrou que quase metade das mulheres para as quais foram prescritas POPs não estavam usando esse método três meses após o parto.⁽³²⁾ Já um estudo de coorte retrospectivo encontrou que mulheres que estavam usando apenas pílula de progestagênio foram mais propensas a engravidar novamente dentro de um período de 18 meses pós-parto, em comparação com mulheres que usavam quaisquer outros métodos contraceptivos ou mulheres que não escolheram nenhum método.⁽³³⁾ Assim, se possível e aceitável, outros métodos de maior duração devem ser oferecidos, e a POP desempenharia um papel apenas como um método-ponte.

Existem dois implantes de progestagênio disponíveis (implantes liberadores de etonogestrel e implantes liberadores de levonorgestrel – o último não está disponível no território brasileiro), com eficácia, mecanismo de ação e efeitos colaterais semelhantes.⁽³⁴⁾ As inserções após aborto e imediatamente após parto são possíveis, altamente aceitáveis e não requerem nenhum acompanhamento de rotina específico.^(15,16) Um estudo de Garipey *et al.* demonstrou que a inserção do IMP no pós-parto imediato é mais custo-efetiva na prevenção de gravidezes não programadas, em comparação com a inserção tardia (seis semanas pós-parto).⁽³⁵⁾ Uma revisão sistemática mostrou maior taxa de início do uso do implante na primeira consulta de *check-up* pós-parto do que na inserção tardia, porém não houve diferença nas taxas de continuação do método nos primeiros seis meses.⁽³⁶⁾ O implante apresenta baixas taxas de descontinuação no pós-parto ou período pós-aborto, e a principal queixa responsável pela retirada dele é o sangramento uterino anormal e imprevisível.⁽³⁷⁾ Durante o aconselhamento pré-inserção, é importante que isso seja compartilhado com a paciente.

O acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMP) é o contraceptivo injetável de progestagênio mais comumente disponível e deve ser administrado a cada 12 semanas para contracepção contínua, seja de forma intramuscular ou subcutânea.⁽³⁸⁾ Embora o MEC

2015 classifique o AMP como categoria 3 (os riscos superam os benefícios) para uso antes de seis semanas pós-parto, uma revisão sistemática demonstrou que as evidências que sugerem a interferência desse método na lactação e aleitamento materno são metodologicamente fracas.⁽³⁹⁾ Até o momento, as principais entidades de ginecologistas e obstetras de todo o mundo indicam e estimulam o uso do AMP imediatamente após o parto.^(15,16,18) Outra possível controvérsia sobre o uso do AMP é sua possível correlação com o aumento das taxas de transtorno depressivo em mulheres no pós-parto, porém os dados são inconclusivos, e essa associação não pôde ser comprovada ou excluída.^(40,41) Assim, como em outros métodos, uma avaliação cuidadosa da história clínica da paciente deve ser levada em consideração ao se prescrever esse método contraceptivo. O período de intervalo de duração de três meses do AMP é uma das grandes vantagens do método e ele pode atuar como método-ponte para outro método ou pode ser continuado, se a paciente assim o desejar.

MÉTODOS HORMONAIS COMBINADOS

Os métodos contraceptivos hormonais combinados (CHCs) contêm estrogênio e progestagênio e incluem a pílula oral, o adesivo transdérmico, o anel vaginal e o injetável hormonal combinado. São todos métodos reversíveis de curta ação, sendo contraindicados para uso no pós-parto imediato, porém podem ser usados a qualquer momento após o aborto, independentemente do tipo de aborto e da idade gestacional.^(16,19) O aumento do risco de eventos tromboembólicos venosos (TEV) e a interferência negativa na amamentação e lactação são as maiores preocupações quanto ao risco do uso desses métodos no puerpério.

O risco de TEV durante as primeiras seis semanas pós-parto é estimado em ser 21,5 a 84 vezes maior a partir da linha de base em mulheres não grávidas e que não estão no pós-parto, e esse risco é ainda maior durante as primeiras três semanas após o parto.^(42,43) Uma vez que está muito bem estabelecida a associação entre estrogênio exógeno e risco de eventos tromboembólicos venosos,⁽⁴⁴⁾ os CHCs não devem ser utilizados em puérperas antes de 21 dias após o parto, em qualquer situação.^(16,19)

Em mulheres que amamentam, os CHCs são considerados categoria 4 para uso antes de seis semanas pós-parto, categoria 3 para uso entre seis semanas e até seis meses pós-parto e categoria 2 para uso após seis meses após o parto.⁽¹⁹⁾ Em puérperas que não amamentam, o risco de TEV deve ser avaliado, e isso será detalhado na seção “Situações especiais”, abaixo. Nas mulheres sem outros fatores de risco para TEV, os CHCs são classificados como categoria 3 para uso nos primeiros 21 dias após o parto e categoria 2 para uso entre 21 a 42 dias pós-parto. Em mulheres com outros fatores de risco para TEV, os CHCs são classificados como categoria

4 para uso até 21 dias pós-parto e categoria 3 para uso entre 21 a 42 dias após o parto. A partir do 42º dia após o parto, as mulheres que não estão amamentando e são clinicamente elegíveis para os CHCs podem usá-los sem restrições.^(16,18,19)

MÉTODOS DE BARREIRA

Os preservativos masculinos ou femininos são os métodos contraceptivos mais disponíveis em todo o mundo, seja em países de baixa, média ou alta renda, prevenindo também contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Eles podem ser usados após o parto ou aborto a qualquer momento. Além de seu possível papel como método-ponte, seu uso também deve ser incentivado em todas as pacientes pós-parto e pós-aborto, especialmente naquelas que apresentem risco aumentado de infecção por IST, como adolescentes e mulheres sem parceiro sexual fixo.⁽⁴⁵⁾ Mulheres que pretendam usar o diafragma, a esponja ou o capuz cervical devem ser aconselhadas a esperar por pelo menos seis semanas após o parto ou aborto no segundo trimestre antes de colocá-los, uma vez que a anatomia vaginal e pélvica muda à medida que o útero e o colo do útero voltam ao tamanho normal.⁽¹⁹⁾

MÉTODO DE AMENORREIA LACTACIONAL

O método de amenorreia lactacional (LAM, do termo inglês *lactation amenorrhea method*) é um dos métodos mais efetivos no período de pós-parto em mulheres que permanecem em amenorreia e estão em aleitamento exclusivo até seis meses após o parto. Sua efetividade é estimada em torno de 98%-99% quando usado corretamente.^(46,47) O mecanismo pelo qual o LAM garante seu efeito contraceptivo ainda não é bem estabelecido, porém a atividade ovariana parece permanecer suprimida a partir do estímulo da sucção, pelas mudanças na pulsatilidade da secreção de GnRH e outras gonadotrofinas.⁽⁴⁸⁾

O LAM é um método de alta acessibilidade e, além do seu benefício sobre a nutrição do recém-nascido, apresenta baixo custo, podendo ser usado imediatamente após o parto por toda paciente que está amamentando, a despeito de idade, nível nutricional e condições clínicas que possam interferir com o uso de métodos contraceptivos hormonais. Entretanto, o principal problema acerca do seu uso é a necessidade de preencher os três seguintes critérios: a mulher estar em amenorreia; estar realizando amamentação exclusiva (sem nenhum outro tipo de complementação); e o período até seis meses após o parto. Apenas uma pequena proporção das pacientes que fazem uso da amamentação como método contraceptivo preenche todos esses critérios, sendo a taxa de uso correto de apenas 15% a 20% entre elas.^(49,50) Portanto, é obrigatório que a paciente seja orientada sobre o método, principalmente sobre a diminuição significativa de sua eficácia quando ela voltar a menstruar,

deixar de amamentar exclusivamente, diminuir a frequência do aleitamento ou quando o filho completar 6 meses.⁽¹⁶⁾

O LAM pode ser utilizado nos primeiros meses após o parto por ser um método transitório de grande eficácia, mas outro método deve ser iniciado assim que possível. Ele desempenha papel importante em situações em que outros métodos não estão prontamente disponíveis, porém o uso dos métodos de longa duração deve ser incentivado e priorizado no aconselhamento contraceptivo, especialmente em pacientes com grandes chances de descontinuidade no acompanhamento ginecológico.

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

Existem várias leis que regulamentam a esterilização em todo o mundo, uma vez que se trata de um método contraceptivo definitivo. A discussão e a decisão de realizar o procedimento devem ser iniciadas no pré-natal, após a tomada de decisão compartilhada e o aconselhamento da paciente. As mulheres devem ser informadas de que alguns LARCs são tão ou mais eficazes do que a laqueadura, além de apresentarem benefícios não contraceptivos. Entretanto, a escolha do método deve ser realizado pela paciente, sem que ela se sinta coagida na escolha dos LARCs.⁽¹⁶⁾

A laqueadura ou salpingectomia pode ser realizada por videolaparoscopia ou por laparotomia. A despeito das questões legais, esses procedimentos podem ser realizados com segurança imediatamente após o aborto ou parto. Por razões técnicas, a esterilização é mais viável durante uma cesariana, mas pode ser realizada após o parto vaginal e aborto, preferencialmente nas primeiras 48 horas, por minilaparotomia.⁽⁵¹⁾

A obtenção do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) é absolutamente essencial, e a paciente deve estar ciente de que esse é um método definitivo, não devendo ser considerado na possibilidade de desejo de reversão. A esterilização no pós-parto imediato é um dos fatores de risco mais importantes para o arrependimento, assim como baixa idade e a baixa paridade.⁽⁵²⁾ Se houver qualquer sinal de que a paciente não tem certeza sobre a realização da esterilização ou de que há grande chance de que ela possa se arrepender no futuro, outros métodos contraceptivos devem ser discutidos. É importante ressaltar que a decisão sobre o método contraceptivo deve ser compartilhada com a parceria, caso ela a tenha, e o parceiro também pode ser submetido à esterilização cirúrgica, caso seja pertinente.

Em setembro de 2022, foi sancionada a lei brasileira número 14.443, que reduz a idade para a realização de esterilização voluntária de 25 para 21 anos (ou caso a paciente possua pelo menos DOIS filhos vivos), dispensa a autorização de cônjuge para o procedimento e permite a realização de laqueadura tubária durante o período de parto, observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização do procedimento,

respeitando as devidas condições médicas no momento da realização.⁽⁵³⁾

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Amamentação

Os métodos contraceptivos não hormonais não influenciam na lactação ou na amamentação, podendo ser usados de forma segura no pós-parto, sem maiores preocupações. A queda da progesterona no puerpério leva a uma ativação do estágio 2 da lactogênese, com aumento na secreção láctea,⁽⁵⁴⁾ sendo lógico, então, pensar que o progestagênio exógeno nesse cenário poderia produzir alterações nos mecanismos de lactação e amamentação. Entretanto, parece que os progestagênios isolados têm impacto mínimo ou nulo na amamentação, embora as evidências sejam insuficientes e pesquisas adicionais sejam, portanto, necessárias.⁽⁵⁵⁾

Uma revisão sistemática recente apontou que os dados são controversos sobre o impacto do uso de métodos hormonais na lactação e na amamentação. Porém, esse impacto ainda parece ser pequeno, inclusive para os métodos combinados.⁽⁵⁶⁾ Estudos mais robustos sobre o efeito do uso de métodos hormonais combinados na amamentação e lactação não encontraram efeitos adversos no desempenho da amamentação (duração do aleitamento materno, exclusividade e momento do início da suplementação alimentar) ou nos resultados infantis (crescimento, saúde e desenvolvimento).⁽¹⁶⁾

Portanto, em relação aos métodos hormonais, as evidências atuais demonstram que pacientes que estão em aleitamento podem fazer uso de métodos hormonais baseados em progestagênios sem preocupações adicionais (exceto AMP, que é considerado categoria 3 para uso nas seis primeiras semanas do pós-parto). Embora não tenham sido evidenciadas implicações negativas do uso de métodos hormonais combinados na amamentação, eles devem ser iniciados, nas pacientes que estão amamentando, apenas seis semanas após o parto, mas preferencialmente após os seis primeiros meses.

Risco de TEV no puerpério

O puerpério é o período da vida da mulher em que ela apresenta o maior risco para a ocorrência de TEV. Portanto, nesse período, todas as mulheres devem ser avaliadas para o risco de desenvolvimento de TEV, com a pesquisa de fatores de risco adicionais para esse desfecho. O quadro 2⁽¹⁸⁾ apresenta alguns fatores de risco adicionais para o risco de TEV no puerpério propostos pelo *Royal College of Obstetrician and Gynaecologists*.⁽¹⁸⁾

Métodos não hormonais não apresentam associação com o aumento de risco de TEV. Puérperas, a despeito de estarem amamentando, com qualquer um dos fatores de risco mencionados anteriormente não devem fazer uso de método contraceptivo hormonal combinado durante as primeiras seis semanas de pós-parto, por causa do elevado risco de ocorrência de TEV.

Quadro 2. Fatores de risco adicionais para episódios de tromboembolismo venoso no puerpério

Episódio anterior de tromboembolismo venoso
Trombofilia
Idade maior do que 35 anos
Obesidade
Tabagismo
Paraplegia
Multiparidade
Veias varicosas calibrosas
Pré-eclâmpsia
Parto cesariano
Decesso fetal
Parto pré-termo
Hemorragia pós-parto
Trabalho de parto prolongado
Fratura óssea
Hiperêmese
Sepse concomitante
Viagens de longa distância recente

Fonte: Adaptado de Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (2021).⁽¹⁸⁾

O mecanismo molecular exato da indução de trombose pelo estrogênio ainda é incerto. O estrogênio parece alterar um delicado balanço entre hemostasia e trombose, por meio de mudanças na cascata de coagulação e nas vias de anticoagulação e fibrinólise, gerando um estado pró-trombótico.⁽⁵⁷⁾ Embora alguns estudos tenham demonstrado que, entre os contraceptivos hormonais combinados com dose de estrogênio similar, algumas formulações de progestagênios aumentam o risco de TEV, uma revisão sistemática recente demonstrou não haver aumento no risco de TEV para o uso de métodos com progestagênio isolado, independentemente do tipo de progestagênio utilizado (pílulas, implantes e SIU-LNG).^(57,58)

Resumindo, em relação ao risco de TEV, métodos não hormonais e métodos com progestagênio isolado podem ser usados com segurança. O uso de CHC deve ser cuidadosamente avaliado, especialmente em mulheres com fatores de risco adicionais para TEV, sendo o início desses métodos dependente do *status* da amamentação e do tempo decorrido após o parto.

Contraceção de emergência

A contraceção de emergência (CE) é indicada após relação sexual desprotegida a partir de 21 dias após o parto ou a partir de cinco dias após o aborto, não sendo necessária antes desse período.⁽¹⁶⁾ Qualquer método

de CE pode ser usado após um aborto não complicado.⁽¹⁶⁾ O uso de levonorgestrel em dose única durante a amamentação não afeta a saúde e o desenvolvimento dos lactentes nem afeta a quantidade de leite materno, podendo ser usado com segurança.⁽⁵⁹⁾ Dados sobre o método Yuzpe (emprego de anticoncepcionais orais combinados) em lactantes ou puérperas são escassos, mas parece ser seguro nesse contexto.^(19,60)

Contraceção após GE e DTG

Apesar de não ser o tema principal deste artigo, vale a pena mencionar o manejo de contraceptivos após GE ou DTG. Em relação à GE, todos os métodos contraceptivos podem ser iniciados logo após o tratamento cirúrgico ou após o início do tratamento com metotrexato. Nos casos de tratamento conservador farmacológico, um método de contraceção eficaz deve ser iniciado e mantido por pelo menos três meses, devido às características teratogênicas do metotrexato.⁽¹⁶⁾ Quanto à DTG, a contraceção se torna mandatória, sendo parte fundamental para o adequado monitoramento dos níveis de hormônio betagonadotrofina coriônica humana (β -hCG). Um método seguro deve ser iniciado e mantido pelo tempo necessário, dependendo do tipo de DTG e de sua evolução. A maioria dos métodos disponíveis é elegível imediatamente após o esvaziamento uterino, com exceção do DIU.⁽¹⁶⁾

CONCLUSÃO

O aconselhamento reprodutivo deve ser realizado sistematicamente para todas as pacientes no período do pós-parto e após abortamento. Os LARCs, por sua elevada segurança, devem ser oferecidos como terapia de primeira linha e iniciados, preferencialmente, durante a internação hospitalar. O método ideal para cada paciente é aquele que combina elevados índices de segurança com o desejo da paciente de iniciá-lo e mantê-lo pelo tempo que desejar. É necessário que mais estudos e programas governamentais sejam realizados para a promoção do uso de métodos contraceptivos, evitando gestações subsequentes não programadas e assegurando que os direitos reprodutivos das mulheres sejam exercidos.

REFERÊNCIAS

- Dehingia N, Dixit A, Atmavilas Y, Chandurkar D, Singh K, Silverman J, et al. Unintended pregnancy and maternal health complications: cross-sectional analysis of data from rural Uttar Pradesh, India. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2020;20(1):188. doi: 10.1186/s12884-020-2848-8
- Mohamed EA, Hamed AF, Yousef FM, Ahmed EA. Prevalence, determinants, and outcomes of unintended pregnancy in Sohag district, Egypt. *J Egypt Public Health Assoc*. 2019;94(1):14. doi: 10.1186/s42506-019-0014-9
- Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended pregnancy and its adverse social and economic consequences on health system: a narrative review article. *Iran J Public Health*. 2015;44(1):12-21.

4. Mariani G, Kasznia-Brown J, Paez D, Mikhail MN, H Salamana D, Bhatla N, et al. Improving women's health in low-income and middle-income countries. Part I: challenges and priorities. *Nucl Med Commun*. 2017;38(12):1019-23. doi: 10.1097/MNM.0000000000000751
5. Dahab R, Sakellariou D. Barriers to accessing maternal care in low income countries in Africa: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):4292. doi: 10.3390/ijerph17124292
6. Jackson E. Controversies in postpartum contraception: when is it safe to start oral contraceptives after childbirth? *Thromb Res*. 2011;127 Suppl 3:S35-9. doi: 10.1016/S0049-3848(11)70010-X
7. Yu HH, Raynes-Greenow C, Nyunt KK, Hnin Htet S, Yee NK, Mugo NS, et al. Postpartum women's knowledge and planned use of contraception in Myanmar. *BMJ Sex Reprod Health*. 2021;47(3):179-84. doi: 10.1136/bmjsex-2020-200686
8. Stoddard A, Eisenberg DL. Controversies in family planning: timing of ovulation after abortion and the conundrum of postabortion intrauterine device insertion. *Contraception*. 2011;84(2):119-21. doi: 10.1016/j.contraception.2010.12.010
9. Schreiber CA, Sober S, Ratcliffe S, Creinin MD. Ovulation resumption after medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Contraception*. 2011;84(3):230-3. doi: 10.1016/j.contraception.2011.01.013
10. Jackson E, Glasier A. Return of ovulation and menses in postpartum nonlactating women: a systematic review. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):657-62. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820ce18c
11. Anzaku A, Mikah S. Postpartum resumption of sexual activity, sexual morbidity and use of modern contraceptives among Nigerian women in Jos. *Ann Med Health Sci Res*. 2014;4(2):210-6. doi: 10.4103/2141-9248.129044
12. Gemzell-Danielsson K, Kopp HK. Post abortion contraception. *Womens Health (Lond)*. 2015;11(6):779-84. doi: 10.2217/whe.15.72
13. Sok C, Sanders JN, Saltzman HM, Turok DK. Sexual behavior, satisfaction, and contraceptive use among postpartum women. *J Midwifery Womens Health*. 2016;61(2):158-65. doi: 10.1111/jmwh.12409
14. Borda MR, Winfrey W, McKaig C. Return to sexual activity and modern family planning use in the extended postpartum period: an analysis of findings from seventeen countries. *Afr J Reprod Health*. 2010;14(4 Spec no.):72-9.
15. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Committee Opinion No. 670: immediate postpartum long-acting reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2016;128(2):e32-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000001587
16. Faculty of Sexual & Reproductive Health Care. FSRH Guideline contraception after pregnancy. London: FSRH; 2020.
17. Taub RL, Jensen JT. Advances in contraception: new options for postpartum women. *Expert Opin Pharmacother*. 2017;18(7):677-88. doi: 10.1080/14656566.2017.1316370
18. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Guidance on the provision of contraception by maternity services after childbirth during the COVID-19 pandemic. London: RCOG; 2021.
19. World Health Organization. WHO medical eligibility criteria for contraceptive use [Internet]. 5th ed. 2015 [cited 2022 Sep 10]. Available from: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
20. Cwiak C, Cordes S. Postpartum intrauterine device placement: a patient-friendly option. *Contracept Reprod Med*. 2018;3(3). doi: 10.1186/s40834-018-0057-x
21. Jatlaoui TC, Whiteman MK, Jeng G, Tepper NK, Berry-Bibee E, Jamieson DJ, et al. Intrauterine device expulsion after postpartum placement: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):895-905. doi: 10.1097/AOG.0000000000002822
22. Averbach SH, Ermias Y, Jeng G, Curtis KM, Whiteman MK, Berry-Bibee E, et al. Expulsion of intrauterine devices after postpartum placement by timing of placement, delivery type, and intrauterine device type: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(2):177-88. doi: 10.1016/j.ajog.2020.02.045
23. Woo I, Seifert S, Hendricks D, Jamshidi RM, Burke AE, Fox MC. Six-month and 1-year continuation rates following postpartum insertion of implants and intrauterine devices. *Contraception*. 2015;92(6):532-5. doi: 10.1016/j.contraception.2015.09.007
24. Marchin A, Moss A, Harrison M. A meta-analysis of postpartum copper IUD continuation rates in low- and middle-income countries. *J Womens Health Dev*. 2021;4(1):36-46. doi: 10.26502/fjwhd.2644-28840059
25. Goldthwaite LM, Shaw KA. Immediate postpartum provision of long-acting reversible contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2015;27(6):460-4. doi: 10.1097/GCO.0000000000000224
26. World Health Organization. Medical management of abortion. Geneva: WHO; 2018.
27. Roe AH, Bartz D. Contraception after surgical and medical abortion: a review. *Obstet Gynecol Surv*. 2017;72(8):487-93. doi: 10.1097/OGX.0000000000000463
28. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;2014(7):CD001777. doi: 10.1002/14651858.CD001777.pub4
29. Cremer M, Bullard KA, Mosley RM, Weiselberg C, Molaei M, Lerner V, et al. Immediate vs. delayed post-abortion copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. *Contraception*. 2011;83(6):522-7. doi: 10.1016/j.contraception.2010.10.005
30. Hohmann HL, Reeves MF, Chen BA, Perriera LK, Hayes JL, Creinin MD. Immediate versus delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine device following dilation and evacuation: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2012;85(3):240-5. doi: 10.1016/j.contraception.2011.08.002
31. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, Zapata LB, Horton LG, Jamieson DJ, et al. U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(4):1-66. doi: 10.15585/mmwr.r6504a1
32. Uhm S, Garcia-Ruiz N, Creinin MD, Blanton A, Chen MJ. Progestin-only pill use over 6 months postpartum. *Contraception*. 2020;102(4):251-3. doi: 10.1016/j.contraception.2020.06.004
33. Sackeim MG, Gurney EP, Koelper N, Sammel MD, Schreiber CA. Effect of contraceptive choice on rapid repeat pregnancy. *Contraception*. 2019;99(3):184-6. doi: 10.1016/j.contraception.2018.11.008
34. Okunola TO, Bola-Oyebamiji SB, Sowemimo O. Comparison of weight gain between levonorgestrel and etonogestrel implants after 12 months of insertion. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;147(1):54-8. doi: 10.1002/ijgo.12901
35. Gariepy AM, Duffy JY, Xu X. Cost-effectiveness of immediate compared with delayed postpartum etonogestrel implant insertion. *Obstet Gynecol*. 2015;126(1):47-55. doi: 10.1097/AOG.0000000000000907
36. 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(4):CD011913. doi: 10.1002/14651858.CD011913.pub2
37. Wilson S, Tennant C, Sammel MD, Schreiber C. Immediate postpartum etonogestrel implant: a contraception option with long-term continuation. *Contraception*. 2014;90(3):259-64. doi: 10.1016/j.contraception.2014.05.006
38. Sathe A, Gerriets V. Medroxyprogesterone. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559192/>
39. Brownell EA, Fernandez ID, Howard CR, Fisher SG, Ternullo SR, Buckley RJ, et al. A systematic review of early postpartum medroxyprogesterone receipt and early breastfeeding cessation: evaluating the methodological rigor of the evidence. *Breastfeed Med*. 2012;7(1):10-8. doi: 10.1089/bfm.2011.0105
40. Tsai R, Schaffir J. Effect of depot medroxyprogesterone acetate on postpartum depression. *Contraception*. 2010;82(2):174-7. doi: 10.1016/j.contraception.2010.03.004
41. Ross CM, Shim JY, Stark EL, Wisner KL, Miller ES. The association between immediate postpartum depot medroxyprogesterone acetate use and postpartum depressive symptoms. *Am J Perinatol*. 2021 Nov 14. doi: 10.1055/s-0041-1739431. [Ahead of print].

42. Jackson E, Curtis KM, Gaffield ME. Risk of venous thromboembolism during the postpartum period: a systematic review. *Obstet Gynecol.* 2011;117(3):691-703. doi: 10.1097/AOG.0b013e31820ce2db
43. Tepper NK, Boulet SL, Whiteman MK, Monsour M, Marchbanks PA, Hooper WC, et al. Postpartum venous thromboembolism: incidence and risk factors. *Obstet Gynecol.* 2014;123(5):987-96. doi: 10.1097/AOG.0000000000000230
44. Gomes MP, Deitcher SR. Risk of venous thromboembolic disease associated with hormonal contraceptives and hormone replacement therapy: a clinical review. *Arch Intern Med.* 2004;164(18):1965-76. doi: 10.1001/archinte.164.18.1965
45. Kortsmat K, Williams L, Pazol K, Smith RA, Whiteman M, Barfield W, et al. Condom use with long-acting reversible contraception vs non-long-acting reversible contraception hormonal methods among postpartum adolescents. *JAMA Pediatr.* 2019;173(7):663-70. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.1136
46. Ramos R, Kennedy KI, Visness CM. Effectiveness of lactational amenorrhoea in prevention of pregnancy in Manila, the Philippines: non-comparative prospective trial. *BMJ.* 1996;313(7062):909-12. doi: 10.1136/bmj.313.7062.909
47. Van der Wijden C, Manion C. Lactational amenorrhoea method for family planning. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;2015(10):CD001329. doi: 10.1002/14651858.CD001329.pub2
48. Calik-Ksepka A, Stradczuk M, Czarnecka K, Grymowicz M, Smolarczyk R. Lactational amenorrhea: neuroendocrine pathways controlling fertility and bone turnover. *Int J Mol Sci.* 2022;23(3):1633. doi: 10.3390/ijms23031633
49. Türk R, Terzioğlu F, Eroğlu K. The use of lactational amenorrhea as a method of Family planning in eastern Turkey and influential factors. *J Midwifery Womens Health.* 2010;55(1):e1-7. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.02.015
50. Sipsma HL, Bradley EH, Chen PG. Lactational amenorrhea method as a contraceptive strategy in Niger. *Matern Child Health J.* 2013;17(4):654-60. doi: 10.1007/s10995-012-1054-3
51. Chi IC, Gates D, Thapa S. Performing tubal sterilizations during women's postpartum hospitalization: a review of the United States and international experiences. *Obstet Gynecol Surv.* 1992;47(2):71-9. doi: 10.1097/00006254-199202000-00001
52. Marino S, Canela CD, Nama N. Tubal sterilization. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29262077/>
53. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. *Diário Oficial União.* 5 set. 2022;Seç.1:5.
54. Pillay J, Davis TJ. Physiology, lactation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Jun 7]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499981/>
55. Bhardwaj NR, Espey E. Lactation and contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2015;27(6):496-503. doi: 10.1097/GCO.0000000000000216
56. Lopez LM, Grey TW, Stuebe AM, Chen M, Truitt ST, Gallo MF. Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(3):CD003988. doi: 10.1002/14651858.CD003988.pub2
57. Abou-Ismaïl MY, Citla Sridhar D, Nayak L. Estrogen and thrombosis: a bench to bedside review. *Thromb Res.* 2020;192:40-51. doi: 10.1016/j.thromres.2020.05.008
58. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: a systematic review. *Contraception.* 2016;94(6):678-700. doi: 10.1016/j.contraception.2016.04.014
59. Jatlaoui TC, Riley H, Curtis KM. Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception. *Contraception.* 2016;93(2):93-112. doi: 10.1016/j.contraception.2015.11.001
60. Shaaban OM, Abbas AM, Mahmoud HR, Yones EM, Mahmoud A, Zakherah MS. Levonorgestrel emergency contraceptive pills use during breastfeeding; effect on infants' health and development. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019;32(15):2524-8. doi: 10.1080/14767058.2018.1439470