

Ginecologia e Obstetrícia

Edição XXI

Capítulo

7

CONTRACEPÇÃO PÓS-PARTO: MÉTODOS CONTRACEPTIVOS, ACONSELHAMENTO E POLÍTICAS DE SAÚDE

HENRIQUE BARBOSA FERNANDES¹

LARA SOUSA SIQUEIRA²

ARIADNE DOS REIS MENEZES¹

ÁLVARO FERNANDES FERREIRA¹

1. Discente – Medicina em Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

2. Médico pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás.

Palavras-Chaves: *Pós-Parto; Planejamento Familiar; Atenção Básica.*

INTRODUÇÃO

A maternidade é um período crítico para intervenções em saúde sexual e reprodutiva, sobretudo no planejamento familiar. A contracepção no pós-parto, abrangendo puerpério imediato e tardio, é vital para prevenir gestações não intencionais e promover o espaçamento intergestacional adequado (OMS, 2015; RCOG, 2021). Estimativas globais sugerem que entre 30% e 60% das puérperas têm demanda não atendida por métodos contraceptivos, mesmo desejando evitar ou adiar uma nova gestação (ROSSIER *et al.*, 2015). A rápida recuperação da fertilidade após o parto é determinante: mulheres não lactantes podem ovular por volta de quatro semanas após o parto e, mesmo com aleitamento exclusivo, há risco de concepção a partir de seis semanas se não houver método efetivo (OMS, 2015). Por isso, recomenda-se iniciar a contracepção o quanto antes, para lactantes e não lactantes (RCOG, 2021), evitando intervalos intergestacionais menores que 18 meses, associados a prematuridade e baixo peso ao nascer (RCOG, 2021). No Brasil, embora cerca de 80% das mulheres sexualmente ativas usem contracepção, predominam pílulas (\approx 40%) e preservativos (\approx 20%), com uso reduzido de DIU (4–5%) e histórico de esterilização em 17%, quadro que convive com mais de 60% de gestações não planejadas (FEBRASGO, 2021). Diante disso, ampliar o acesso a métodos mais eficazes e de longa duração no pós-parto é prioridade, aproveitando cada contato da puérpera com o sistema de saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Lei do Planejamento Familiar garantem informação, acesso e autonomia no puerpério, e a Lei 14.443/2022 permitiu a esterilização no momento do parto, com solicitação prévia de 60 dias e sem exigência de consentimento do cônjuge (BRASIL, 2022; SENADO

FEDERAL, 2023). Assistencialmente, o puerpério deve ser visto como janela estratégica: discutir opções no pré-natal, definir um plano antes do parto e, idealmente, instituir o método antes da alta hospitalar, consolidando ajustes na consulta de seis semanas e em visitas domiciliares (RCOG, 2021). Evidência nacional mostra desalinhamento entre oferta e preferência: em São Paulo, 86,6% usavam algum método no puerpério, mas dois terços queriam trocar, com alta preferência por DIU (40%) e laqueadura (21%), sugerindo necessidade de fortalecer protocolos e o aconselhamento (MELLI, 2019).

Métodos não hormonais no puerpério

Entre as opções não hormonais, destacam-se a amenorreia lactacional (LAM), barreiras (preservativos masculino e feminino, diafragma, espermicidas), métodos definitivos (esterilização) e o DIU de cobre, que, embora classificado como Contraceptivos de longa duração (LARC), é não hormonal e particularmente relevante no pós-parto. A LAM, quando bem conduzida, é um anticoncepcional natural potente: sua eficácia, próxima de 98% nos primeiros seis meses, depende de três critérios concomitantes — amenorreia, aleitamento exclusivo sob livre demanda com intervalos ideais menores que quatro horas diurnas e seis horas noturnas (IABLE, 2024), e tempo pós-parto inferior a seis meses (OMS, 2015; FEBRASGO, 2021). A quebra de qualquer critério reduz a proteção; a diminuição da frequência das mamadas antecipa a ovulação em duas a quatro semanas, motivo pelo qual a mulher deve migrar para outro método assim que os critérios deixarem de ser atendidos ou ao completar seis meses (FEBRASGO, 2021). As barreiras são seguras na lactação e úteis como ponte; no puerpério, a hipoestrogenemia causa atrofia e menor lubrificação vaginal, justificando o uso de lubrificantes

à base de água. O preservativo masculino protege também contra ISTs, mas sua eficácia típica (~ 87%) depende do uso consistente; o diafragma requer aferição após seis semanas, quando a anatomia retorna ao basal, e tem eficácia moderada quando associado a espermicida (RCOG, 2021; FEBRASGO, 2021). No campo dos definitivos, a laqueadura tubária é altamente eficaz (falha <0,5% no primeiro ano; ~ 1,8% em dez anos) e pode ser realizada durante a cesariana ou por minilaparotomia até 48 horas após parto vaginal, observados consentimento e requisitos legais. A Lei 14.443/2022 viabilizou a execução no momento do parto e extinguiu o consentimento conjugal (VIEIRA *et al.*, 2008; BRASIL, 2022; SENADO FEDERAL, 2023). A decisão, porém, deve ser livre de coerção e acompanhada da discussão de alternativas reversíveis. A vasectomia, ambulatorial e muito eficaz, deve integrar o aconselhamento do casal como opção compartilhada.

Métodos hormonais no pós-parto

Os métodos hormonais incluem combinações estrogênio-progestagênio e progestagênios isolados; no puerpério, consideram-se efeitos na lactação e o estado hipercoagulável. Os combinados (pílula, adesivo, anel) são desaconselhados no início por risco tromboembólico e possível impacto no leite: para lactantes <6 semanas são categoria 4 (contraindicados) e, em não lactantes, <3 semanas também categoria 4, evoluindo para elegibilidade conforme fatores de risco entre 3 e 6 semanas e, depois, categoria 1–2 (GHSP, 2016; CDC, 2024). A pílula combinada tem falha típica de 7–9% ao ano e não protege contra ISTs (RCOG, 2021). Já os progestagênios isolados são preferenciais: a mini-pílula transfere quantidades mínimas ao leite, sem prejuízo ao lactente, e pode ser iniciada idealmente a partir de seis semanas (categoria 1) ou antes, com cautela (categoria 2), exigindo

tomada no mesmo horário para manter eficácia (OMS, 2015; FEBRASGO, 2021). Os injetáveis trimestrais (DMPA) são de baixa manutenção, podem ser iniciados imediatamente em não lactantes (categoria 1) e, em lactantes, são categoria 2 <6 semanas e categoria 1 ≥6 semanas; efeitos esperados incluem irregularidade de sangramento e eventual atraso no retorno da ovulação após suspensão (FEBRASGO, 2021; OMS, 2015; RCOG, 2021). A autoaplicação subcutânea é estratégia promissora para continuidade.

Contraceptivos de longa duração (LARC) no pós-parto

Entre os LARC, os DIUs (cobre e SIU-LNG) e o implante de etonogestrel combinam altíssima eficácia, longa duração e independência da usuária, atributos valiosos no puerpério (FEBRASGO, 2021). A inserção de DIU é segura até 48 horas após o parto (categoria 1), deve ser evitada entre 48 horas e quatro semanas (categoria 3) e volta a ser liberada a partir de quatro semanas, inclusive para lactantes (OMS, 2015). A inserção pós-placentária, no parto vaginal ou durante a cesariana, eleva a cobertura em seis meses, embora apresente maior expulsão (~ 10–20%) que a inserção intervalar; posicionamento correto no fundo e revisão em 4–6 semanas reduzem perdas (RCOG, 2021; OMS, 2015). O DIU de cobre protege por 5–10 anos (eficácia ≈ 99,2%), podendo aumentar fluxo e cólicas; o SIU-LNG protege por até cinco anos (eficácia > 99,8%), reduz sangramento e não prejudica a lactação (RCOG, 2021; FEBRASGO, 2021). O implante de etonogestrel, com falha <0,1% ao ano e proteção por três anos, é compatível com a amamentação; a OMS recomenda iniciar a partir de seis semanas (categoria 1), enquanto o CDC considera categoria 2 <30 dias e categoria 1 ≥30 dias, amparando uso mais precoce. Inserido nas primeiras 24–72

horas, melhora adesão e continuidade sem afetar o aleitamento; o efeito adverso mais comum é a irregularidade menstrual, muitas vezes pouco relevante na amenorreia lactacional, e a fertilidade retorna rapidamente após a remoção (OMS, 2015; FEBRASGO, 2021; RCOG, 2021; CDC, 2024).

Inserção pós-parto, via de parto e logística

A estratégia de “sair protegida” recomenda efetivar o método ainda durante a internação: DIU pós-placentário, implante em 24–48 horas e laqueadura quando elegível. No parto vaginal, o DIU deve ser inserido preferencialmente até dez minutos após a dequitação, com técnica estéril e equipe treinada; em cesarianas, a inserção intraoperatória permite posicionamento preciso e pode reduzir expulsão. Laqueaduras em cesárea agregam poucos minutos ao ato; após parto vaginal, requerem minilaparotomia idealmente em 6–24 horas, tornando-se logisticamente mais difíceis após 48 horas, quando a alternativa passa a ser programação tardia (RCOG, 2021; BRASIL, 2022; SENADO FEDERAL, 2023). Em ambas as vias, o implante pode ser inserido no leito por equipe capacitada. Planejamento de analgesia, respeito ao vínculo mãe-bebê e consentimento discutido no pré-natal aumentam a viabilidade e a satisfação. A mesma lógica vale para o pós-aborto do primeiro trimestre, quando a maioria dos métodos pode ser iniciada imediatamente, dada a recuperação rápida da fertilidade (~ 2 semanas). Programas como a Rede Cegonha integraram a contracepção ao cuidado perinatal, mas a oferta institucional de DIU no imediato ainda é incipiente e centrada em métodos de curta duração; por isso, protocolos, treinamento e garantia de insumos são essenciais (MELLI, 2019).

Contracepção de emergência e retomada da sexualidade no puerpério

A contracepção de emergência (CE) tem papel de segurança (“*back-up*”) para situações de relação sexual não protegida ou falha de método no intervalo em que a puérpera ainda não iniciou ou não consolidou o método planejado. O levonorgestrel em dose única é considerado compatível com a amamentação, com transferência mínima para o leite e sem efeitos adversos relevantes para o lactente; recomenda-se, como medida prática, amamentar antes da tomada e, se desejado, aguardar algumas horas até a próxima mamada, embora não haja necessidade de suspensão prolongada (FEBRASGO, 2021). Métodos combinados como o regime de Yuzpe não são preferenciais no puerpério imediato por envolverem estrogênio e maior perfil de efeitos colaterais, sobretudo em lactantes e no contexto de hipercoagulabilidade (GHSP, 2016; CDC, 2024). O DIU de cobre também pode atuar como CE altamente eficaz quando inserido até cinco dias após a relação, e, no contexto do pós-parto, sua indicação deve respeitar as janelas de elegibilidade e o risco aumentado de expulsão fora do período recomendado (OMS, 2015; RCOG, 2021). Considerando que a retomada da atividade sexual pode ocorrer antes de 4–6 semanas para parte das mulheres, o aconselhamento deve incluir plano claro de ponte (preservativos) e acesso facilitado à CE quando indicado, reforçando que a amenorreia fora dos critérios estritos do LAM não é sinônimo de anovulação (FEBRASGO, 2021; OMS, 2015).

Aconselhamento e autonomia

O aconselhamento deve ser contínuo, iniciado no pré-natal, não coercitivo e centrado na pessoa (IABLE, 2024; CDC, 2024). É útil alinhar expectativas sobre intervalo reprodutivo

desejado, eficácia comparativa (LARC <1%/ano; pílulas e injetáveis ~ 5–10%; preservativos ~ 15% ou mais), segurança na amamentação, efeitos adversos, duração, manutenção, reversibilidade e proteção contra ISTs, exclusiva dos preservativos (RCOG, 2021). A participação do parceiro é bem-vinda quando a mulher desejar, sem sobrepor sua vontade; a retirada do consentimento conjugal para esterilização reforça a autonomia (SENADO FEDERAL, 2023). Devem-se registrar método instituído e plano de seguimento na alta e na atenção básica, utilizando os Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para adequar indicações em condições clínicas específicas (OMS, 2015). Ao abordar retomada da sexualidade, costuma-se orientar reinício por volta de 4–6 semanas, reconhecendo que algumas mulheres retomam antes; fora do LAM estrito, não se deve depender apenas da amenorreia, sendo recomendado preservativo como ponte e, se necessário, contracepção de emergência compatível com a lactação com levonorgestrel (FEBRASGO, 2021).

Protocolos institucionais e políticas públicas

A consolidação da contracepção pós-parto requer protocolos claros nas maternidades e apoio das políticas públicas. São elementos centrais: capacitação das equipes para DIU pós-placentário, implante e laqueadura; registro das preferências no pré-natal e comunicação com a atenção básica; abastecimento contínuo de DIUs (cobre e hormonal) e kits de implante; fluxos para esterilização com antecedência mínima de 60 dias; consulta puerperal agendada e monitoramento de indicadores como proporção de puérperas que saem com método instituído (RCOG, 2021; BRASIL, 2022). Na atenção primária, cabe ofertar ampla gama de métodos, inclusive DIU ambulatorial, e acompanhar usuárias de implantes e injetáveis, com busca ativa

quando necessário (MELLI, 2019). A legislação recente facilitou a laqueadura no parto, e notas técnicas do Ministério da Saúde reforçam a oferta de todos os métodos em até 30 dias e a redução de barreiras; os desafios incluem suprimento irregular (especialmente DIU-LNG e implantes), escassez de profissionais habilitados em todos os turnos, mitos sobre anticoncepção e desigualdades regionais (BRASIL, 2022; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023; SENADO FEDERAL, 2018; MELLI, 2019). Diretrizes de OMS, RCOG e FEBRASGO orientam protocolos locais e a atualização permanente, inclusive enfatizando a oferta contraceptiva como cuidado essencial nas primeiras seis semanas pós-natais (OMS, 2015; OMS, 2022; RCOG, 2021; FEBRASGO, 2021). Campanhas públicas e educação continuada ampliam a demanda informada e qualificam o aconselhamento; atualizações do CDC/MEC 2024 reforçam a abordagem centrada na pessoa e ajustes para lactantes (IABLE, 2024; CDC, 2024).

A contracepção integrada ao cuidado obstétrico no puerpério tem alto impacto clínico e social. O leque de opções — curto e longo prazo, reversíveis e definitivas — deve ser individualizado conforme a amamentação, as preferências e os critérios MEC (OMS, 2015; FEBRASGO, 2021). O Brasil avança com mudanças legais, expansão de LARC e capacitação, mas precisa superar desigualdades de acesso e o predomínio de métodos de curta duração. Protocolos robustos, abastecimento regular e aconselhamento respeitoso possibilitam que cada puérpera saia protegida com o método de sua escolha e tenha seguimento garantido, reduzindo intervalos curtos entre gestações, melhorando desfechos perinatais e afirmando a autonomia reprodutiva como pilar da assistência.

Populações e cenários especiais: adolescentes, comorbidades e vulnerabilidades

Entre adolescentes e mulheres em vulnerabilidade social, a oferta de LARC no puerpério reduz descontinuidades e novas gestações de curto intervalo, mostrando-se custo-efetiva e com elevada satisfação quando há aconselhamento centrado na pessoa (RCOG, 2021; AMEDE *et al.*, 2020). Em condições clínicas específicas, os Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS auxiliam a balancear riscos e benefícios: em situações de risco trombótico aumentado, métodos combinados devem ser postergados; progestagênios isolados, DIU de cobre e SIU-LNG tendem a apresentar melhor perfil risco-benefício (OMS, 2015; CDC, 2024). Em puérperas com diabetes, cardiopatias, hipertensão ou obesidade, a priorização de métodos sem estrogênio nas primeiras semanas é regra prudencial, enquanto DIU e implante oferecem alta eficácia com baixa exigência de manutenção (RCOG, 2021; FEBRASGO, 2021). Nos contextos de violência por parceiro íntimo, itinerância ou dificuldade de retorno, métodos de longa duração na maternidade podem ser decisivos para garantir o objetivo reprodutivo expresso pela mulher; o aconselhamento deve preservar sigilo, autonomia e segurança, evitando qualquer coerção (CDC, 2024; IABLE, 2024). Para mulheres com parto prematuro, aborto recente ou perdas perinatais, a oferta de método deve respeitar o luto e o momento emocional, mantendo, porém, a informação sobre o rápido retorno da fertilidade e a possibilidade de iniciar método quando a mulher desejar (RCOG, 2021).

Implementação, monitoramento e indicadores de qualidade nos serviços

A consolidação da contracepção pós-parto como rotina assistencial depende de desenho organizacional, financiamento e avaliação contínua. Protocolos institucionais devem definir processos-chave: registro do método preferido ainda no pré-natal, checagem de elegibilidade na admissão obstétrica, listas de verificação à alta (método instituído ou agendado), agendamento automático do puerpério na UBS e contrarreferência estruturada (RCOG, 2021; FEBRASGO, 2021). Indicadores mínimos sugeridos incluem a proporção de puérperas que saem da maternidade com método efetivado (desagregada por tipo de método), a taxa de inserção de DIU pós-placentário e de implante nas primeiras 48 horas, o tempo médio entre alta e acesso ao método escolhido quando não foi possível instituí-lo, e a taxa de continuidade em 6 e 12 meses (MELLI, 2019). A gestão de insumos — especialmente DIU-LNG e implantes — requer previsão orçamentária e logística estável, com monitoramento de estoque e reposição ágil para evitar desabastecimento que comprometa a autonomia das usuárias (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2023; MELLI, 2019). Educação permanente de equipes e auditorias clínicas formativas (foco em aconselhamento centrado na pessoa, técnica asséptica de inserção e manejo de efeitos adversos) sustentam a qualidade. Por fim, a análise de equidade deve acompanhar os indicadores por faixa etária, raça/cor, escolaridade e território, para orientar intervenções que reduzam desigualdades de acesso, conforme as diretrizes de OMS e entidades nacionais (OMS, 2015; OMS, 2022; FEBRASGO, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMEDE, *et al.* Postpartum contraception: increasing use of long-acting reversible contraception. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, v. 147, n. 2, p. 233–240, 2020.

BRASIL. Lei nº 14.443, de 5 de setembro de 2022. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2021-2024/2022/Lei/L14443.htm. Acesso em: 28 set. 2025.

CDC - CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. *MMWR – Recommendations and Reports*, v. 73, n. 4, p. 1–126, 2024. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/rr/pdfs/rr7304a1-H.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

FEBRASGO. Protocolo Febrasgo nº 71 – Orientação contraceptiva no pré-natal e no puerpério. São Paulo: FEBRASGO, 2021. Disponível em: <https://www.sogirgs.org.br/area-do-associado/Orientacao-contraceptiva-no-pre-natal-e-no-puerperio-2021.pdf>. Acesso em: 15 set. 2025.

MELLI, T.L. Atenção em contracepção no puerpério: o DIU está sendo ofertado às mulheres usuárias de unidades básicas de saúde? 2019. 106 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) – USP/EE, 2019. Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7144/tde-17122019-121642/publico/Melli_TL.pdf. Acesso em: 12 set. 2025.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Contraceptivos. 5. ed. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>. Acesso em: 10 set. 2025.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. WHO urges quality care for women and newborns in critical first weeks after childbirth. Genebra: OMS, 30 mar. 2022. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/30-03-2022-who-urges-quality-care-for-women-and-newborns-in-critical-first-weeks-after-childbirth>. Acesso em: 05 out. 2025.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Family planning/Contraception – Fact sheet. Genebra: OMS, 3 jul. 2025. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Acesso em: 28 set. 2025.

RCOG - ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Guidance on the provision of contraception by maternity services after childbirth. Londres: RCOG/FSRH, fev. 2021. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/guidance-contraception-maternity-2021.pdf>. Acesso em: 20 set. 2025.

ROSSIER, C. *et al.* Reassessing unmet need for family planning in the postpartum period. *Studies in Family Planning*, v. 46, n. 4, p. 355–367, 2015.

VIEIRA, C. S. *et al.* Contracepção no puerpério. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 30, n. 9, p. 470–479, 2008.