

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL



RegulaSUS

Protocolos de Regulação Ambulatorial

Planejamento Reprodutivo

Versão Digital

2023

<p><i>Supervisão geral:</i> Arita Bergmann</p> <p><i>Coordenação:</i> Roberto Nunes Umpierre Natan Katz</p> <p><i>Coordenação científica:</i> Marcelo Rodrigues Gonçalves</p> <p><i>Organização e Edição:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Elise Botteselle de Oliveira Rudi Roman</p> <p><i>Autores:</i> Ana Cláudia Magnus Martins Dimitris RucksVarvakiRados Elise Botteselle de Oliveira Ellen Machado Arlindo Francine Gerson Carvalho Justino Afonso Cuadros Noble Laura Ferraz dos Santos Luíza Emília Bezerra de Medeiros Letícia Royer Voigt Natan Katz Renata Rosa de Carvalho Rudi Roman Talita Colombo</p>	<p><i>Revisão técnica:</i> Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde - SES/RS Paulo Sergio da Silva Mario</p> <p><i>Colaboração:</i> Departamento de Regulação Estadual – DRE/RS</p> <p><i>Normalização:</i> Bruna Rodrigues da Silva Letícia Pereira de Souza</p> <p><i>Projeto gráfico, design e capa:</i> Débora Renata de Moura Ramos Gyziane Souza da Silva Lorena Bendati Bello Michelle Iashmine Mauhs</p> <p><i>Diagramação:</i> Camille Luiza da Silva Borges</p>
--	--

Como citar este documento:

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS); RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial – Planejamento Reprodutivo**: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 9 de fevereiro de 2018 [atualiz. 26 abr. 2023] Disponível em:

<https://www.ufrgs.br/telessaunders/materiais-protocolos/>. Acesso em: dia, mês abreviado e ano.

TelessaúdeRS-UFRGS 2023.
Porto Alegre – RS.

Sumário

PROTOCOLOS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL: PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	3
Mudanças da nova versão	4
Protocolo 1 – Vasectomia	5
Protocolo 2 – Ligadura Tubária	6
REFERÊNCIAS.....	7
APÊNDICES	8

Protocolos de Regulação Ambulatorial: Planejamento Reprodutivo

O protocolo de Planejamento Reprodutivo foi publicado como parte integrante da [Estratégia RegulaSUS](#) de otimização do acesso à atenção especializada. Os motivos de encaminhamento selecionados são os mais prevalentes para o ambulatório de Planejamento Reprodutivo. Solicitamos que todas as informações consideradas relevantes sejam relatadas, incluindo a expectativa do profissional assistente com o encaminhamento.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e para tratamento do caso. O resultado de exames complementares é uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação e deve ser descrito quando realizado pelo paciente.

Pacientes com doenças graves associadas a risco na gestação e que desejam realizar esterilização cirúrgica devem ter preferência no encaminhamento para Planejamento Reprodutivo, quando comparados com outras condições clínicas previstas nesses protocolos.

O planejamento reprodutivo é direito de todo cidadão, sendo parte integrante do conjunto de ações da atenção à mulher, ao homem e ao casal, dentro de uma visão de atendimento integral à saúde. É papel da equipe multidisciplinar da Atenção Primária à Saúde orientar sobre métodos anticoncepcionais reversíveis existentes, riscos cirúrgicos e efeitos colaterais relacionados à vasectomia e à ligadura tubária, bem como explicar a dificuldade de reversão desses procedimentos.

Pacientes que estiverem devidamente esclarecidos e desejarem a esterilização cirúrgica pela vasectomia ou pela laqueadura devem expressar seu desejo e consentimento por meio de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ver modelo no apêndice). O procedimento será realizado pelo menos 60 dias após a assinatura do consentimento (conforme disposto na Lei nº 14.443 de 2 de setembro de 2022, da Constituição Federal).

Atenção: oriente o paciente para que leve, na primeira consulta no serviço especializado: o documento de referência, com as informações clínicas e o motivo do encaminhamento; as receitas dos medicamentos em uso; e o TCLE para realizar ligadura tubária/vasectomia, devidamente assinado pelo paciente e pelo(s) profissional(ais) assistente(s).

Elaborado em 09 de fevereiro de 2018.

Última revisão em 26 de abril de 2023.

Mudanças da nova versão

- Divisão do Protocolo de Planejamento Reprodutivo em dois protocolos distintos: Vasectomia e Ligadura Tubária.
- No Protocolo 1 – Vasectomia:
 - Mudança da idade mínima de 25 para 21 anos;
 - Exclusão da necessidade de assinatura do TCLE por parceria, se houver sociedade conjugal.
- No Protocolo 2 – Ligadura Tubária:
 - Mudança da idade mínima de 25 para 21 anos;
 - Exclusão da necessidade de assinatura do TCLE por parceria, se houver sociedade conjugal.
 - Inclusão da nota: A esterilização cirúrgica pode ser garantida no período de parto, se observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto.
 - Inclusão da figura 1 e da figura 2, do quadro 2 e do quadro 3, para auxílio na abordagem para escolha do método contraceptivo.
- Atualização dos TCLE disponíveis no apêndice.

Protocolo 1 – Vasectomia

É papel da APS orientar sobre a esterilização cirúrgica e outros métodos anticoncepcionais reversíveis. A indicação de vasectomia só poderá ocorrer após informação sobre vantagens, desvantagens, eficácia e riscos associados ao procedimento cirúrgico. A [figura 1](#) contém informações complementares que auxiliam nesta decisão. A vasectomia deve ser considerada um método definitivo devido às dificuldades técnicas implicadas na sua reversão. O procedimento poderá ser realizado com um prazo mínimo de 60 dias após manifestação da vontade do desejo cirúrgico, expresso mediante documento escrito e firmado pelo paciente.

Veja modelo de TCLE para vasectomia ([quadro 1](#) no anexo).

Condições clínicas que podem indicar encaminhamento para Urologia com vistas à Vasectomia:

- pessoa com idade superior a 21 anos; **ou**
- pessoa com dois filhos vivos.

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de filhos;
2. anexar TCLE assinado pelo paciente (com data);
3. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Protocolo 2 – Ligadura Tubária

É papel da APS orientar sobre métodos anticoncepcionais reversíveis e sobre a esterilização cirúrgica. A indicação de ligadura tubária só poderá ocorrer após informações sobre vantagens, desvantagens, eficácia e riscos associados ao procedimento cirúrgico. Também é recomendado oferecer informações sobre vasectomia à parceria, que é um procedimento seguro, de menor custo, de mais simples execução e altamente eficaz. A [figura 1](#) contém informações complementares que auxiliam nesta decisão.

A ligadura tubária é considerada um método definitivo, devido às dificuldades técnicas para sua reversão. O procedimento poderá ser realizado com um prazo mínimo de 60 dias após manifestação da vontade do desejo cirúrgico, expresso mediante termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), assinado pela paciente. Entre o encaminhamento e a realização do procedimento, a paciente deve ser incentivada a manter uso regular de contraceptivo, a fim de evitar gestação indesejada.

A esterilização cirúrgica pode ser garantida no período de parto, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o procedimento. Sugere-se o registro da data de manifestação do desejo, bem como que o TCLE seja anexado em caderneta de pré-natal. Além disso, também é permitida no período de parto quando durante o procedimento cirúrgico se constatar que uma próxima gestação possa gerar risco à vida (nesta situação é preciso relatório com justificativa assinado por dois médicos). Reforça-se que uma cesariana sem indicação obstétrica não pode ser justificada para realização de ligadura tubária no mesmo tempo cirúrgico.

Veja modelo de TCLE para laqueadura ([quadro 4](#) no anexo).

Condições clínicas que podem indicar encaminhamento para Ginecologia – Planejamento Reprodutivo com vistas à Ligadura Tubária:

- pessoa com idade superior a 21 anos; **ou**
- pessoa com dois filhos vivos; **ou**
- situações de risco à vida ou à saúde da pessoa ou do futuro concepto (é preciso relatório com justificativa, assinado por dois médicos).

Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

1. número de filhos;
2. anexar TCLE assinado pela paciente (com data);
3. comorbidades de risco a futuras gestações ou à saúde da pessoa (sim ou não). Se sim, descreva;
4. cirurgias abdominais prévias e intercorrências ou complicações associadas (sim ou não). Se sim, descreva;
5. presença de obesidade grave ou demais situações que proporcionem dificuldade técnica operatória (sim ou não). Se sim, descreva;
6. número da teleconsultoria, se o caso foi discutido com TelessaúdeRS-UFRGS.

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 6dez. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, DF, 15 de janeiro de 1996, Seção 1, p. 561. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1996/lei-9263-12-janeiro-1996-374936-norma-pl.html>. Acesso em: 6dez. 2022.
- BRASIL. Presidência da República. 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 da União**: Brasília, DF, 5 de setembro de 2022, Seção 1, p. 5. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2022/lei-14443-2-setembro-2022-793189-publicacaooriginal-166038-pl.html>. Acesso em: 6dez. 2022.
- CHACKO, M. R. **Contraception**: issues specific to adolescents. Waltham (MA): UpToDate, 25 abr. 2022. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-issues-specific-to-adolescents>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- CURTIS K. M.; *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. **Recommendations and Reports**, v. 65, n. 3, p. 1-104, 29 jul. 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6503a1>. Disponível em: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm>. Acesso em: 6 dez. 2022.
- DUNCAN, B. B. *et al.* (Org.). **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2022.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Anticoncepcionais orais contendo somente progestagênio. **Febrasgo Position Statement**. Rio de Janeiro: FREBASGO, 2022.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5. ed. Genebra: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>. Acesso em: 6 dez. 2022.

Apêndices

Quadro 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de vasectomia.

Eu, abaixo assinado, procurei o serviço de saúde _____ por desejar operação de esterilização permanente (VASECTOMIA). Estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico assistente e equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes. Diante disso, manifesto o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetido à vasectomia. Sei que, entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico, deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, da Constituição Federal) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia.

Antes da operação, foi-me informado que:

A vasectomia é um método cirúrgico de interrupção permanente da fertilidade masculina, causada pela secção dos ductos deferentes, interrompendo a passagem dos espermatozoides para o líquido ejaculado. Trata-se de uma operação feita sob anestesia local, podendo-se utilizar outras formas de anestesia, caso necessário. São feitos um ou dois cortes na bolsa escrotal, que são posteriormente suturados, podendo haver ou não a necessidade da retirada dos pontos.

As complicações que podem ocorrer são: hematoma (sangramento interno), aparecimento de manchas escuras no escroto e/ou no pênis (equimoses), dor ou infecção. Se ocorrer qualquer destas situações ou outras não descritas, deve-se procurar atendimento médico.

A vasectomia não interfere na função sexual, não causa impotência sexual (ou disfunção sexual) e não previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

Existe cirurgia para reversão da vasectomia, ou seja, a recanalização dos ductos deferentes, mas a chance de recuperar a fertilidade é baixa.

Existem outras formas para evitar gestações, que poderiam ser utilizadas sem causar interrupção permanente da fertilidade, tais como: preservativo (camisinha interna e externa), diafragma, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepcionais hormonais (pílulas, injetáveis, implantes* ou transdérmicos).

Existe uma pequena possibilidade de ocorrer recanalização espontânea, ou seja, ocorrer a passagem dos espermatozoides e o indivíduo permanecer fértil e ocasionar uma gravidez.

Recomenda-se o uso de outro método contraceptivo por 3 meses ou até o paciente ter ejaculado 20 vezes, número mínimo para “esvaziar” o trato genital. Após este período, um espermograma deve ser realizado. O retorno da atividade sexual sem qualquer forma de anticoncepção deve acontecer quando o espermograma mostrar ausência de espermatozoides no ejaculado (azoospermia).

Nome do paciente: _____.

Assinatura do paciente _____.

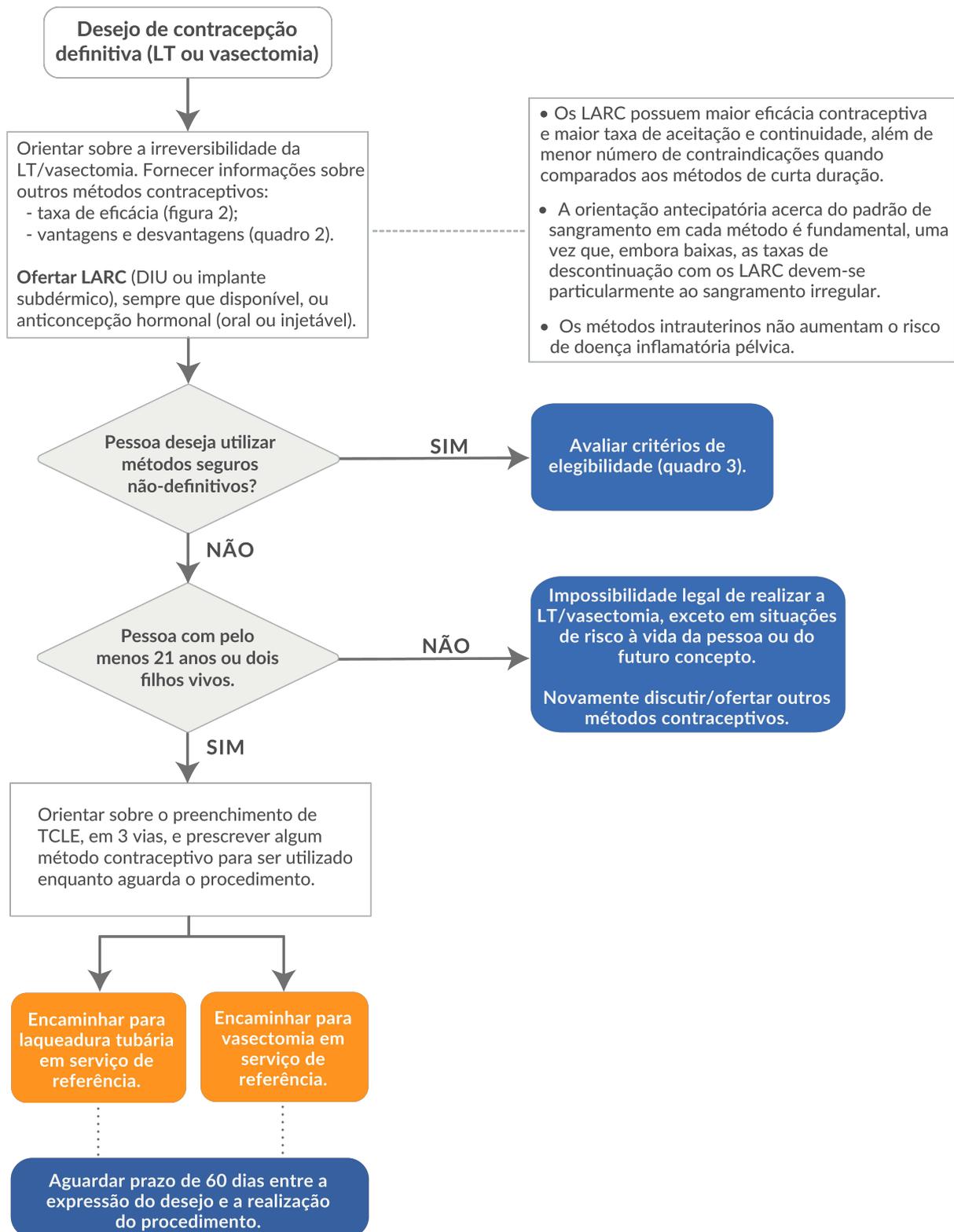
_____, ____/____/____
(Local e data)

Assinatura e carimbo do(s) profissional(ais) assistente(s) _____.

* Implantes subdérmicos e DIU hormonal podem ser disponibilizados pelo SUS conforme pactuação municipal.

Observação: Preenchimento completo deste termo em **três** vias originais. Uma dessas vias fica arquivada no prontuário, outra é entregue ao paciente, e a terceira deverá ser levada pelo paciente e entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

Figura 1 – Fluxograma de planejamento reprodutivo para pessoas que desejam contracepção definitiva.



DIU: Dispositivo intrauterino; LARC: Contraceptivos de longa duração (do inglês, Long-Acting Reversible Contraception); LT: Ligadura tubária; TCLE: Termo de consentimento livre e esclarecido.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

Figura 2 – Comparação da eficácia com o uso típico de métodos contraceptivos.



DIU: dispositivo intrauterino; MAL: Método de Amenorreia Lactacional.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Chacko (2022).

Quadro 2 – Principais vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos.

Aspectos	DIU de cobre	DIU de levonorgestrel	Contraceptivos combinados: ACO, anel vaginal, adesivo	Progestágeno oral isolado	Implante subdérmico	Medroxiprogesterona trimestral	Preservativo masculino	Diafragma e espermicida
Duração	10 anos para o TCU 380.	5 anos.	Uso diário para ACO (pausa flexível), mensal para anel vaginal e semanal para adesivo.	Uso diário, sem pausa.	3 anos.	90 dias.	Uso único por relação sexual.	Reutilizável por até 2 anos; deve ser inserido antes da relação sexual.
Ação hormonal	Nenhuma.	Progestágeno de ação predominantemente locorregional.	Estrogênio e progestágeno.	Progestágeno.	Progestágeno.	Progestágeno.	Nenhuma.	Nenhuma.
Efeito sobre ciclo menstrual	Pode aumentar fluxo/duração.	Redução de volume; após 3-6 meses de uso há possibilidade de sangramento infrequente/cíclico em menor volume ou amenorreia.	Regular e menor volume (uso cíclico).	Irregular.	Irregular, em menor volume.	Menor volume, irregular; amenorreia após 6 meses de uso.	Nenhum.	Nenhum.
Escapes menstruais	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Sim.	Não.	Não.
Acesso	Disponível no SUS. Necessidade de profissional com treinamento adequado.	Em geral, indisponível no SUS*. Necessidade de profissional com treinamento adequado.	Anticoncepcionais orais estão disponíveis no SUS.	Anticoncepcionais orais estão disponíveis no SUS.	Em geral, indisponível no SUS*. Necessidade de profissional com treinamento adequado.	Disponível no SUS. Aplicação por profissional de saúde.	Disponível no SUS.	Indisponível no SUS.

Não é considerado uma boa opção nos seguintes casos:	Sangramento menstrual aumentado, dismenorria, anemia ferropriva, doença de Wilson, DIP recente, distorção de cavidade uterina (mioma volumoso, malformações mullerianas).	DIP recente, distorção de cavidade uterina (mioma volumoso, malformações mullerianas); paciente sem desejo de amenorria ou que não tolere escapes menstruais.	Critérios de elegibilidade 3 ou 4 a ACO (quadro 3); sensibilidade a estrógeno (náuseas, sensibilidade mamária, cefaleia).	Paciente sem desejo de amenorria ou que não tolere escapes menstruais.	Paciente sem desejo de amenorria ou que não tolere escapes menstruais.	Paciente sem desejo de amenorria ou que não tolere escapes menstruais, baixa massa óssea, perfil metabólico desfavorável ou elevado risco tromboembólico, obesidade, desejo de gestação breve.	Alergia a látex (preservativos livres de látex estão disponíveis no mercado), histórico de uso irregular; parceiro que não se disponha a utilizar de forma regular.	Dificuldade de inserção do diafragma, dificuldade de cuidados de higiene com diafragma, sensibilidade ou alergia ao espermicida, alteração pélvica que interfira em posicionamento adequado do diafragma (prolapso genital, septo vaginal), histórico de ITU frequente.
Efeitos adversos	Riscos: perfuração uterina, expulsão. Aumento de risco de DIP nos primeiros 20 dias após inserção.	Riscos: perfuração uterina, expulsão. Aumento de risco de DIP nos primeiros 20 dias após inserção.	Risco de tromboembolismo venoso.	Mastalgia, retenção hídrica.	Cicatriz local. possibilidade de dificuldade de remoção.	Ganho de peso (estimado em até 5% do peso inicial em 1 ano de uso), redução de massa óssea (reversível após suspensão).	Risco de ruptura.	Risco de infecção urinária, irritação vaginal.
Vantagens	Contracepção de alta eficácia. Utilização em paciente com histórico pessoal de câncer de mama.	Contracepção de alta eficácia. Proteção endometrial contra hiperplasia, melhora de dismenorria. Estratégia terapêutica para SUA.	Estratégia terapêutica para SUA e STPM, redução de dismenorria, melhora de acne e hirsutismo.	Contracepção eficaz, com segurança e indicações amplas (incluindo-se lactantes, mulheres com comorbidades).	Contracepção de alta eficácia.	Contracepção eficaz, prolongada, não depende de uso diário.	Proteção contra IST.	Reutilizável, livre de hormônios.

ACO: anticoncepcional oral combinado; DIP: doença inflamatória pélvica; DIU: dispositivo intrauterino; IST: infecção sexualmente transmissível; ITU: infecção do trato urinário; STPM: síndrome da tensão pré-menstrual; SUA: sangramento uterino aumentado.

* Podem existir programas de oferta municipais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Chacko (2022) e Febrasgo (2022).

Quadro 3 – Critérios de elegibilidade dos métodos contraceptivos.

Categorias de elegibilidade para cada método:						
Categoria 1 = A condição não restringe o uso do método.						
Categoria 2 = As vantagens do uso do método nesta condição superam o risco teórico ou comprovado.						
Categoria 3 = Os riscos teóricos ou comprovados do uso do método superam as vantagens nesta condição.						
Categoria 4 = O risco do uso do método é inaceitável nesta condição.						
	CHC	POP	DMPA injetável	Implante	DIU de cobre	DIU-LNG
Condição						
Idade	<40 = 1 ≥40 = 2	<18 = 1 18-45 = 1 >45 = 1	<18 = 2 18-45 = 1 >45 = 2	<18 = 1 18-45 = 1 >45 = 1	<20 = 2 ≥20 = 1	<20 = 2 ≥20 = 1
Pós-parto imediato < 48h, inclusive pós-dequitação imediata					1	1 = Não amamentando 2 = Amamentando
Pós-parto em aleitamento materno Amamentando e < 21 dias pós-parto Amamentando e entre 21-42 dias pós-parto Amamentando e > 42 dias pós-parto	4 2 (3 se <30 dias ou fator de risco para TVP) 2	2 1 (2 se <30 dias) 1	2 1 (2 se <30 dias) 1	2 1 (2 se <30 dias) 1		
Pós-parto sem aleitamento materno < 21 dias pós-parto Entre 21-42 dias pós-parto > 42 dias pós-parto	4 2 (3 se outro fator de risco para TVP) 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	
Tabagismo Idade < 35 anos Idade ≥ 35 anos < 15 cigarros/dia ≥ 15 cigarros/dia	2 3 4	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1	1 1 1
Obesidade (IMC ≥ 30 kg/m²)	2	1	1	1	1	1
Doença cardiovascular						
Múltiplos fatores de risco para DCV (hipertensão, idade avançada, tabagismo e diabetes)	3/4*	2	3	2	1	2
Hipertensão Hipertensão controlada adequadamente PA normalizada ou sistólica = 140-159 ou diastólica = 90-99 Sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 ou com DCV	3 3 4	1 1 2	2 2 3	1 1 2	1 1 1	1 1 2
TVP e embolia pulmonar Doença no passado Doença aguda História familiar em 1º grau	4 4 2	2 2 1	2 2 1	2 2 1	1 2 1	2 2 1
Trombose venosa superficial Veias varicosas Tromboflebite superficial	1 2/3**	1 1	1 1	1 1	1 1	1 1
Doença isquêmica do coração	4	3	3	3	1	3
AVC	4	2†/3‡	3	2†/3‡	1	2
Doença neurológica						
Cefaleia não migrânea (leve ou grave)	I= 1; C= 2	I= 1; C= 1	I= 1; C= 1	I= 1; C= 1	I= 1; C= 1	I= 1; C= 1
Migrânea Sem aura e idade < 35 anos Sem aura e idade ≥ 35 anos Com aura, em qualquer idade	I= 2; C= 3 I= 3; C= 4 I=4; C=4	I= 1; C= 2 I= 1; C= 2 I= 2; C= 3	I=2; C=2 I=2; C=2 I= 2; C= 3	I=2; C=2 I=2; C=2 I= 2; C= 3	I=1; C=1 I=1; C=1 I=1; C=1	I=2; C=2 I=2; C=2 I= 2; C= 3

Anticonvulsivantes^f	3 1=ác. valproico	3 1=lamotrigina eác. valproico	1	2	1	1
Doença ginecológica ou mamária						
Doença trofoblástica						
Níveis de β-HCG decrescentes ou indetectáveis	1	1	1	1	2	2
Níveis crescentes de β-HCG ou doença maligna	1	1	1	1	4	4
Mama						
Câncer de mama atual	4	4	4	4	1	4
Câncer no passado (≥5 sem a doença)	3	3	3	3	1	3
Fibroma uterino	1	1	1	1	2	2
Doença inflamatória pélvica						
Atual ou ≤3 meses (inclui cervicite purulenta)	1	1	1	1	4	4
Passada	1	1	1	1	1	1
HIV/Aids						
Clinicamente bem, em uso de TARV [€]	1	1	1	1	1	1
Estado clínico deteriorado ou não uso de TARV	€	€	€	€	2	2
Alterações endócrinas						
Diabetes gestacional prévio	1	1	1	1	1	1
Diabetes sem DCV	2	2	2	2	1	2
Diabetes com complicações ou >20 anos de diagnóstico	3/4 [§]	2	3	2	1	2
Alterações gastrointestinais						
Hepatite viral						
Ativa	I=3/4 [§] ; C=2	1	1	1	1	1
Portador/crônica	1	1	1	1	1	1
Lúpus eritematoso sistêmico						
Anticorpos antifosfolípeos positivos ou desconhecido	4	3	3	3	1	3
Trombocitopenia grave	2	2	3	2	3	2
Terapia imunossupressora	2	2	2	2	2	2
Nenhuma das anteriores	2	2	2	2	1	2

AVC: acidente vascular cerebral; CHC: contraceptivo hormonal combinado; DCV: doença cardiovascular; DIU: dispositivo intrauterino; DMPA: acetato de medroxiprogesterona de depósito; HIV: vírus da imunodeficiência humana; IMC: índice de massa corporal; POP: pílula de progestágeno isolado; DIU-LNG: dispositivo intrauterino de levonorgestrel; TARV: terapia antirretroviral; TVP: trombose venosa profunda.

*Quando há múltiplos fatores de risco, os quais qualquer um aumenta substancialmente o risco de DCV, o uso de CHC pode aumentar o risco a um nível inaceitável. No entanto, uma simples adição de categorias para múltiplos fatores de risco não é adequada. Por exemplo: uma combinação de 2 fatores de risco atribuídos como categoria 2 não necessariamente justifica uma maior categoria.

**Tromboflebite superficial pode estar associada com risco aumentado de TVP. Se uma mulher tiver fatores de risco concomitantes (ex: trombofilia conhecida ou câncer), diagnóstico ou histórico de TVP, consulte as recomendações para TVP. Trombose venosa superficial associada com um cateter intravenoso periférico é menos provável de ser associada a trombose adicional e uso de CHC pode ser considerado.

† Início: pode-se iniciar o método nestas condições.

¥ Continuidade: quando o método já estava sendo usado e ocorre o AVC, passa a ser categoria 3 para continuar o método.

£ Fenitoína, carbamazepina, barbiturato, primidona, topiramato, oxcarbazepina.

€ Fosamprenavir implica categoria 3 para CHC. Os demais ARV são categoria 1 ou 2 para CHC. Os demais métodos não interferem substancialmente na TARV (categoria 1 ou 2).

§ A categoria deve ser avaliada de acordo com a gravidade da doença.

Fonte: Duncan (2022), adaptado de Organização Mundial de Saúde (2015) e Curtis *et al* (2016).

Quadro 4 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para realização de ligadura tubária.

Eu, abaixo assinado, procurei o serviço de saúde _____ por desejar operação de esterilização permanente (LIGADURA TUBÁRIA). Estou ciente dos esclarecimentos prestados pelo médico assistente e equipe multidisciplinar a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e outras opções de contracepção reversíveis existentes. Diante disso, manifesto o desejo, por minha livre e espontânea vontade, de ser submetida à ligadura tubária. Sei que entre a manifestação de minha vontade (por meio deste documento) e o procedimento cirúrgico deverão se passar no mínimo 60 dias (conforme Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, da Constituição Federal) e que posso revogar o consentimento que agora presto a qualquer momento antes da cirurgia.

Antes da operação, foi-me informado que:

Existem outras formas para evitar gestações sem causar interrupção permanente da fertilidade, tais como: preservativo (camisinha interna e externa), diafragma, dispositivo intrauterino (DIU), anticoncepcionais hormonais (pílulas, injetáveis, implantes* ou transdérmicos). Também me foi explicado que meu parceiro poderia realizar a vasectomia como método contraceptivo permanente.

A ligadura tubária é um método permanente e definitivo de esterilização feminina. Geralmente é realizada por meio de mini-laparotomia, isto é, pequena incisão cirúrgica abdominal transversa, que é feita acima da linha dos pelos pubianos. Cada trompa é ligada e seccionada, ou bloqueada com um grampo ou anel. Outras técnicas podem ser utilizadas, como a videolaparoscopia, e serão explicadas em consulta pré-operatória, porém, tanto esterilização cirúrgica por histerectomia, quanto esterilização cirúrgica por ooforectomia são proibidas.

O procedimento costuma ser realizado sob anestesia raquidiana ou geral, porém, outras formas de anestesia podem ser utilizadas, se a condição clínica da paciente ou técnica cirúrgica demandar.

A cirurgia tem riscos intra-operatórios e pós-operatórios. As complicações (raras) que podem ocorrer são: infecção e sangramento no local da incisão ou intra-abdominal, lesão de órgãos pélvicos ou abdominais, reação alérgica ao anestésico e embolia pulmonar.

Os métodos contraceptivos podem falhar (risco de 0,5 a 1,0%) e, mesmo após a ligadura tubária, a pessoa pode apresentar gravidez ectópica, devendo procurar atendimento, se houver qualquer suspeita de gravidez. A ligadura tubária não previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.

A ligadura tubária é considerada um método permanente de interrupção da fertilidade e cerca de 10% a 20% das pessoas se arrependem de não poder gestar após o procedimento. A cirurgia para reversão de ligadura tubária é um procedimento caro e que apresenta baixa chance de retornar à fertilidade.

Nome do paciente: _____.

Assinatura do paciente _____.

_____, ____/____/____

Assinatura e carimbo do(s) profissional(ais) assistente(s) _____.

* Implantes subdérmicos e DIU hormonal podem ser disponibilizados pelo SUS conforme pactuação municipal.

Observação: Preenchimento completo deste termo em **três** vias originais. Uma dessas vias fica arquivada no prontuário, outra é entregue ao paciente, e a terceira deverá ser levada pelo paciente e entregue ao serviço especializado que realizará a cirurgia.

Secretaria Estadual da Saúde-RS
www.saude.rs.gov.br

Atendimento para médicos, enfermeiros e dentistas da APS
do Brasil para esclarecer dúvidas ligue:



0800 644 6543