

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA**  
**RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**ÚRSULA MONTEIRO BOSSER**

**ABORDAGEM DO ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO PARA MULHERES:  
OTIMIZANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**Orientadora:**  
**Luara Brandão Viveiros**

**OURO PRETO**

**2022**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM MEDICINA**  
**RESIDÊNCIA MÉDICA EM MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**

**ÚRSULA MONTEIRO BOSSER**

**ABORDAGEM DO ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO PARA MULHERES:  
OTIMIZANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto – UFOP, como pré-requisito para obtenção do título de especialista em medicina de família e comunidade

**Orientadora:**

**Luara Brandão Viveiros**

**OURO PRETO**

2022

SISBIN - SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO

B745a Bosser, Ursula Monteiro.  
Abordagem do aconselhamento contraceptivo para mulheres  
[manuscrito]: otimizando o cuidado na atenção primária. / Ursula  
Monteiro Bosser. - 2022.  
54 f.

Orientadora: Profa. Esp. Luara Brandão Viveiros.  
Produção Científica (Especialização). Universidade Federal de Ouro  
Preto. Escola de Medicina.

1. Aconselhamento. 2. Contracepção. 3. Tomada de decisão  
compartilhada. I. Viveiros, Luara Brandão. II. Universidade Federal de  
Ouro Preto. III. Título.

CDU 614.39

Bibliotecário(a) Responsável: Angela Maria Raimundo - SIAPE: 1.644.803



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Úrsula Monteiro Bosser**

### **Abordagem do aconselhamento contraceptivo para mulheres: Otimizando o cuidado na atenção primária**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade da Universidade Federal de Ouro Preto como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Medicina de Família e Comunidade.

Aprovada em 18 de agosto de 2022.

#### Membros da banca

Especialista em preceptoría de Medicina de Família e Comunidade - Luara Brandão Viveiros - orientadora - Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP)

Especialista de Família e Comunidade - Jessica Fernandes dos Anjos - Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Especialista de Família e Comunidade - Nayra da Silva Freitas- Universidade Federal de Ouro Preto (UFOP).

Luara Brandão Viveiros, orientadora do trabalho, aprovou a versão final e autorizou seu depósito na Biblioteca Digital de Trabalhos de Conclusão de Curso da UFOP em 22/08/2022.



Documento assinado eletronicamente por **Gustavo Valadares Labanca Reis, COORDENADOR(A) DE CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO LATO SENSU EM RESIDÊNCIA MÉDICA**, em 23/08/2022, às 20:45, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do [Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site [http://sei.ufop.br/sei/controlador\\_externo.php?acao=documento\\_conferir&id\\_orgao\\_acesso\\_externo=0](http://sei.ufop.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0), informando o código verificador **0386188** e o código CRC **BBD9E90A**.

## RESUMO

Este trabalho trata-se de um projeto de intervenção que consiste em uma capacitação para médicos e enfermeiros da rede da atenção primária da cidade de Ouro Preto, em aconselhamento contraceptivo baseado na decisão compartilhada, por meio de um treinamento e uma pesquisa e análise subsequente de conhecimento e familiaridade dos participantes acerca do assunto pré e pós-intervenção. A capacitação foi realizada através de sessão com aula expositiva em Power Point e entrega de material para utilização diária durante consultas de aconselhamento nos postos de saúde, seguida de esclarecimento de dúvidas e debates sobre o assunto. Ao início e fim da sessão foram entregues questionários para avaliação de conhecimento pré e pós a aula para fins de pesquisa (a participação da pesquisa foi facultativa). A duração aproximada foi de uma hora, com participação de 38 médicos enfermeiros. O material utilizado para a confecção da aula foi baseado em um currículo desenvolvido por residentes norte-americanos da Universidade de Chicago, elaborado em 7 etapas adaptado para o aconselhamento contraceptivo. A meta da capacitação era fornecer uma melhor preparação dos profissionais para o aconselhamento baseado na decisão compartilhada, propondo um modelo centrado no paciente que prioriza suas preferências. Sabe-se que não há treinamento rotineiro para essa habilidade e que muitas vezes o conhecimento inadequado e desconforto do profissional de saúde, somado a um modelo tradicional de decisão, centrado na opinião do médico/enfermeiro, são fatores limitantes que prejudicam a satisfação e adesão do paciente aos métodos contraceptivos. Com isso, são geradas diversas consequências como o aumento das taxas de gestações não planejadas e impactos na saúde da criança e da mãe, entre outros problemas decorrentes da falta de planejamento familiar.

**Palavras-chave:** Aconselhamento; Capacitação, aconselhamento contraceptivo, decisão compartilhada, currículo em 7 etapas, atenção primária

## ABSTRACT

This work is an intervention project that consists about training doctors and nurses in the primary care network of the city of Ouro Preto, in contraceptive counseling based on shared decision, through training and research with subsequent analysis of knowledge and familiarity of the participants. about pre- and post-intervention issues. The training was taken through a session with a Power Point lecture and delivery of material for daily use during counseling consultations at health posts, followed by explanation of doubts and debates on the subject. At the beginning and end of the session, questionnaires were delivered to assess knowledge before and after the class for research purposes (participation in the research was optional). The approximate duration was one hour, with the participation of 38 medical nurses. The material used to prepare the class was based on a curriculum developed by North American residents at the University of Chicago, developed in 7 stages adapted for contraceptive counseling. The goal of the training was to provide professionals with better preparation for counseling based on shared decision, proposing a patient-centered model that prioritizes their preferences. It is known that there is no routine training for this skill and often the inadequate knowledge and discomfort of the health professional, added to a traditional model of decision, centered on the opinion of the doctor/nurse, are limiting factors that prejudice satisfaction and adherence. of the patient to contraceptive methods. As a result, several consequences are generated, such as increased rates of unplanned pregnancies and impacts on the health of the child and the mother, among other problems arising from the lack of family planning.

**Keywords:** Training, contraceptive counseling, shared decision, 7-step curriculum, primary care

## Lista de Figuras

<b>Figura 1</b> - Eficácia dos métodos de planejamento familiar.....	12
<b>Figura 2</b> - Modelo de aconselhamento em 7 etapas.....	19

## Lista de Tabelas

<b>Tabela 1</b> –Evolução da importância após aconselhamento.....	22
<b>Tabela 2</b> - Percentual de respostas corretas antes e após a apresentação.....	22



## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA .....	6
2	OBJETIVOS .....	9
2.1	Objetivos gerais.....	9
2.2	Objetivos específicos.....	9
3	REVISÃO DE LITERATURA .....	9
3.1	Como discutir as opções.....	9
3.2	Repassando os métodos contraceptivos.....	13
4	METODOLOGIA.....	17
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	19
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	23
7	REFERÊNCIAS .....	25
	ANEXO A – Questionário pré-aconselhamento.....	27
	ANEXO B – Tabela de critérios médicos de elegibilidade para contracepção .....	31
	ANEXO C – Apresentação de treinamento.....	35
	ANEXO D – Questionário pós-aconselhamento .....	52

## 1 INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

A prevalência da gravidez não planejada está cada vez maior no Brasil e consequentemente há maiores impactos na saúde da criança, da mulher e da família. Segundo uma pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, que ouviu 24 mil mulheres entre 2011 e 2012, mais de 55% das brasileiras que tiveram filhos não haviam planejado a gravidez. O percentual está acima da média mundial, de 40% de gestações não planejadas. (BBC, 2018)

Um estudo realizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na região da Ásia-Pacífico, evidenciou que uma a cada quatro mulheres teve uma gravidez indesejada após abandonar o uso de contraceptivos. A falta de serviços de planejamento familiar e de orientações sobre contracepção estão entre as principais causas. (NAÇÕES UNIDAS, 2019)

O planejamento familiar é um direito das pessoas assegurado na Constituição Federal e deve ser garantido pelo governo. Segundo o Ministério da Saúde, o conceito desse termo se baseia em: conjunto de ações em que são oferecidos todos os recursos, tanto para auxiliar a ter filhos, ou seja, recursos para a concepção, quanto para prevenir uma gravidez indesejada, ou seja, recursos para a anticoncepção. Esses recursos devem ser cientificamente aceitos e não colocar em risco a vida e a saúde das pessoas, com garantia da liberdade de escolha. O planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo e assegura a livre decisão da pessoa sobre ter ou não ter filhos, não podendo haver imposições a cerca disso. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009)

Apesar da sabida importância do planejamento reprodutivo e do aconselhamento contraceptivo como parte desse processo, muitos profissionais da saúde não o fazem e não se consideram aptos ou com habilidade. Estudos dos últimos 30 anos mostraram que o treinamento em aconselhamento contraceptivo ainda é muito inconsistente e as oportunidades dos médicos se atualizarem nos avanços contraceptivos também são limitadas. (AKERS et al., 2010)

Existem algumas abordagens usadas para otimizar as experiências femininas de aconselhamento anticoncepcional que visam desenvolver um relacionamento próximo e de confiança com as mulheres. Entre elas estão o método de tomada de decisão compartilhada (MDC), que se concentra em obter e responder às preferências delas. Também fazem parte dessa abordagem o compartilhamento de informações sobre os

efeitos colaterais e o emprego de estratégias para promover a continuação e adesão dos anticoncepcionais. Outra importante estratégia de saúde pública para reduzir as taxas de gravidez indesejada e melhorar os resultados da gravidez é promover o maior envolvimento das mulheres nas discussões sobre os objetivos reprodutivos nos ambientes de saúde. (CALLEGARI et al., 2017; DEHLENDORF; KRAJEWSKI; BORRERO, 2014)

Os profissionais de saúde têm o potencial de influenciar positivamente a capacidade das mulheres de usar anticoncepcionais durante as consultas de saúde, especialmente porque a grande maioria dos métodos anticoncepcionais exigem uma receita ou um procedimento médico. Otimizar esse aconselhamento é uma abordagem para ajudar mulheres de todas as raças, etnias e camadas socioeconômicas a melhorar sua capacidade de planejar a gravidez. No entanto fornecer um aconselhamento é desafiador, pelo fato de que questões intensamente pessoais devem ser consideradas, incluindo influências de relacionamento no uso de anticoncepcionais, atitudes em relação aos efeitos colaterais e desejo (ou falta de desejo) de fertilidade futura, e não apenas questões médicas como a presença ou ausência de contraindicações para os métodos e diferenças na eficácia do método. (DEHLENDORF; KRAJEWSKI; BORRERO, 2014)

Outro fator dificultador desse processo é a comunicação relacional. Foi documentado que, em todos os ambientes, a interação é frequentemente dominada pelo profissional, com envolvimento mínimo entre as mulheres e seu profissional assistente no processo de seleção do método. Já existem associações entre satisfação com aspectos interpessoais do cuidado e uso e continuação de anticoncepcionais. (DEHLENDORF et al., 2013) Estudos apontaram que os pacientes que estão mais satisfeitos com suas consultas de planejamento familiar têm maior probabilidade de ficarem satisfeitos com seu método. Um deles feito no Egito, usando gravações de áudio de visitas de aconselhamento anticoncepcional, evidenciou que receber um aconselhamento que era mais "centrado na pessoa", em oposição ao "centrado no médico", estava associado à continuação do método escolhido. (DEHLENDORF; KRAJEWSKI; BORRERO, 2014)

Dessa forma nota-se a importância da reflexão sobre os modelos de comunicação utilizados nas consultas e a necessidade de mudança desse padrão. Nas últimas décadas, observou-se um aumento na ênfase da participação do paciente em uma tomada de decisão médica, como alternativa ao modelo paternalista, no qual o médico decide e delibera a respeito de todos os passos do processo propedêutico e/ou terapêutico.

(EPSTEIN; ALPER; QUILL, 2004). Muito além de expor riscos e benefícios, decisão compartilhada se caracteriza por um processo no qual ambos, médicos e pacientes, analisam as evidências disponíveis para uma determinada questão clínica, incluindo as opções e consequências, incorporando as preferências dos pacientes para os desfechos e estados de saúde que advêm de cada alternativa. (CHARON, 2001). É um movimento que se posiciona como uma proposta assistencial de combate à assimetria de informação bilateral inerente ao encontro médico e paciente. É a intersecção da medicina centrada na pessoa e da medicina baseada em evidências. (GUSSO, 2019)

Pode-se destacar ainda outros aspectos relevantes que ratificam a decisão compartilhada como um bom modelo para prática médica. Observa-se que sua aplicação preza pela autonomia do paciente, princípio bioético aceito e presente no código de ética médica brasileiro, que pode ser entendida como a obrigação por respeitar a capacidade de tomada de decisão de pessoas autônomas. Além disso, o MDC seria uma possível maneira de reduzir as demandas induzidas pelos profissionais de saúde. (GLEBOCKI; GONÇALVES CORNEAU, 2021)

Apesar de já estar bem descrita na literatura, estudos indicam que a decisão compartilhada ainda não é uma realidade na maioria dos atendimentos, como apresentado abaixo.

A prática médica é realizada na maior parte das vezes de forma vertical, em que o médico decide a melhor opção de tratamento ou intervenção para a pessoa que está atendendo, com base nas evidências disponíveis. Um estudo mostrou que os médicos geralmente passam menos de 1 minuto em uma consulta de 20 minutos discutindo o tratamento e o planejamento. (EPSTEIN; ALPER; QUILL, 2004). A tomada de decisão informada ocorre em apenas 9% das consultas ambulatoriais, e os médicos perguntam aos pacientes se eles têm dúvidas em menos da metade. Embora os pacientes geralmente desejem mais informações sobre suas doenças, eles se lembram de apenas uma fração das informações que os médicos transmitem. (GUSSO, 2019).

Há evidências de que o cuidado centrado no paciente está associado a melhores resultados, incluindo melhor autogerenciamento, satisfação do paciente e adesão à medicação, e alguns estudos encontraram evidências de melhores resultados. (ELWYN et al., 2012).

Dessa forma, torna-se cada vez mais necessário que o profissional que atua na atenção primária esteja familiarizado com esse modelo, tendo em vista a necessidade de alcançar a alta resolutividade deste cenário, desenvolvendo habilidades de comunicação e colocando em prática nas consultas. (GUSSO, 2019). Assim, buscar incorporar a decisão compartilhada na abordagem do aconselhamento contraceptivo para mulheres como forma de otimização do cuidado foi a motivação para a realização deste trabalho.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivos gerais**

Capacitar médicos e enfermeiros da rede da atenção primária em Ouro Preto para realização de aconselhamento contraceptivo baseado na decisão compartilhada.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Revisão de literatura sobre temas relacionados a decisão compartilhada e métodos contraceptivos;
- Criação de um currículo adaptado com passo a passo e estratégias para melhorar o aconselhamento;
- Avaliação da eficácia do treinamento.

## **3 REVISÃO DE LITERATURA**

Nesse tópico serão abordados fundamentos da literatura retirado de base de dados, artigos e protocolos sobre a comunicação médico-paciente e o uso de ferramentas para sua melhoria no aconselhamento contraceptivo; e sobre informações objetivas referentes aos métodos de contracepção disponíveis, com foco nos métodos de maior eficácia, necessárias para o aconselhamento, que fornecerão maior segurança aos profissionais.

### **3.1 Como discutir as opções**

Tendo em vista a importância da melhoria da comunicação no aconselhamento contraceptivo e a escassez de estudos e treinamento para essa abordagem, foi realizada uma revisão de literatura para fundamentar, adaptar e melhorar o currículo desenvolvido para a capacitação dos profissionais, desenvolvido nesse trabalho.

Uma boa maneira de iniciar uma discussão sobre aconselhamento é entender a preferência das mulheres em relação aos métodos contraceptivos; uma boa comunicação em saúde é um preditor da qualidade do atendimento e está relacionada aos resultados do paciente. Em um estudo norte americano foram realizadas entrevistas semiestruturadas com 42 mulheres sobre sua preferência em discutir contracepção com profissionais de saúde, e pautas comuns eram que as mulheres desejavam a participação dos profissionais na tomada de decisão, desde que seus valores e crenças fossem levados em consideração, e fossem fornecidas as informações importantes sobre efeitos colaterais por exemplo, que sanassem suas preocupações. Outra pauta relevante foi que a maioria das mulheres desejavam ter uma relação com vínculo com o profissional em questão. (DEHLENDORF et al., 2013)

Nesse contexto faz-se necessário entender o porquê compartilhar as decisões. O modelo de decisão compartilhada (MDC) é apoiado por evidências de 86 estudos randomizados, que constata ganho de conhecimento por parte dos pacientes, maior confiança nas decisões, maior envolvimento e muitas vezes, quando mais informados, os pacientes optam por tratamentos mais conservadores. Esse modelo pode ser descrito em três etapas: a conversa da escolha, da opção e da decisão, onde o médico apoia a deliberação durante todo o processo. A primeira para compartilhar as opções disponíveis, a segunda para fornecer informações importantes sobre as opções, e a terceira em considerar as preferências e decidir o que é melhor. Apesar do modelo ser proposto em um passo a passo é importante lembrar que as interações clínicas são fluidas, e que as ferramentas de suporte a decisão são cruciais nesse processo. (EPSTEIN; ALPER; QUILL, 2004)

Ainda sobre a definição, o MDC é um processo de aproximação das duas áreas de conhecimento envolvidas. Nesse modelo cada parte é reconhecida como tendo experiência relevante, o profissional com o conhecimento superior das informações médicas e o paciente sendo o especialista em seus valores e preferências. O papel do profissional inclui fornecer informações, facilitar a identificação das preferências da paciente, garantir que as preferências não sejam baseadas em informações erradas, ajudá-las a pensar como sobre suas preferências relacionam-se com as opções disponíveis e chegar a uma decisão mutualmente aceitável. Dessa forma, no contexto contraceptivo, seria possível focar tanto nas preferências quanto o respeito à autonomia, e uma estrutura para explorar se a eficácia é uma prioridade para aquela paciente e enfatizar métodos

altamente eficazes nesse caso, embora reconhecendo que para algumas pacientes outras características do método podem ser prioridade. (DEHLENDORF; KRAJEWSKI; BORRERO, 2014)

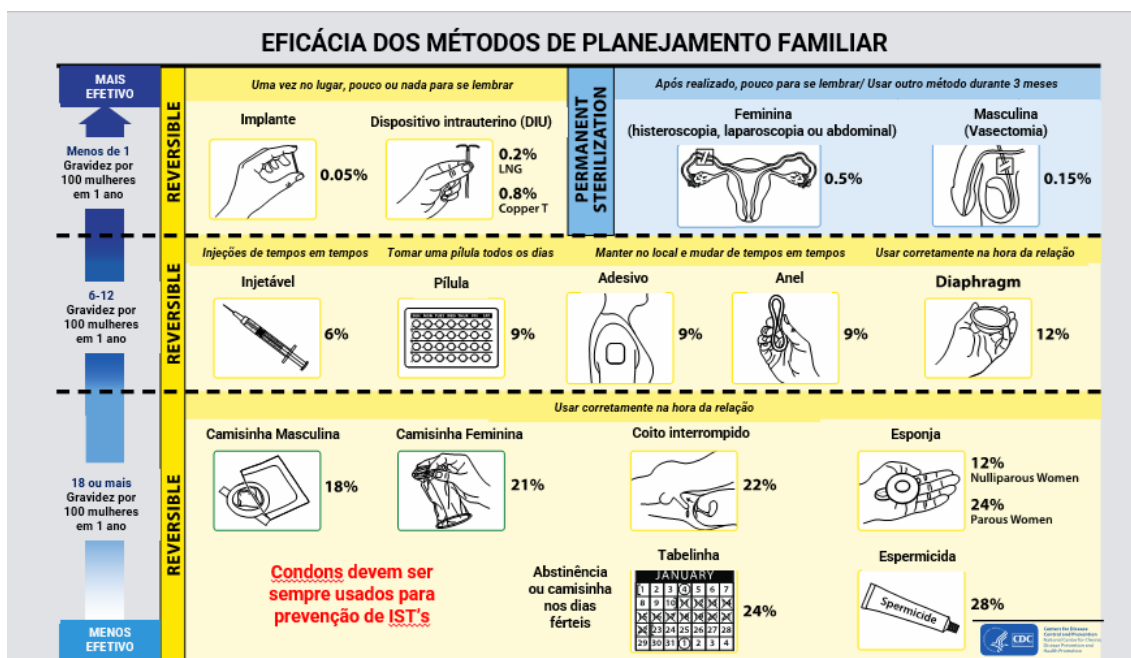
O modelo direcionado para o aconselhamento, é consistente com a decisão compartilhada, em que o profissional pode estar envolvido na fase de deliberação e decisão desde que o cuidado seja centrado no paciente enfatizando a atenção às necessidades e preferências deles. Não fornecer o suporte à decisão para um paciente que deseja o envolvimento do profissional nessa tomada de decisão seria, portanto, considerado inconsistente com a prática da abordagem centrada na pessoa; diferentemente de um modelo que enfatiza o aconselhamento diretivo a fim de persuadir mulheres a usar determinado método. (DEHLENDORF et al., 2013).

Mantendo essa linha, da abordagem centrada na pessoa, foi realizado um estudo que propôs algumas questões (PATH) para a abordagem inicial do aconselhamento para entender as metas reprodutivas das mulheres e guiar o aconselhamento. Uma questão chave foi sugerida para abordagem inicial- “você gostaria de engravidar no próximo ano?”, seguida por abordagens sobre pensamentos em relação a gestação (Actitudes Pregnancy- você gostaria de engravidar em algum momento?), tempo para concretizar (Timing- quando seria esse momento?) e qual a importância da prevenção naquele momento (How). Os principais objetivos dessa ferramenta eram entender as intenções de gravidez da paciente; se e quando a gravidez pode ser desejada; e sobre importância da prevenção da gravidez e felicidade em uma gravidez hipotética. Foi evidenciado que mulheres que desejavam engravidar nos próximos 2-5 anos, tinham menos chance de escolher métodos de longa duração, comparada a mulheres que gostariam de engravidar nos próximos 5-10 anos, tinham dúvidas sobre ou não gostariam. Essa ferramenta também pode guiar a discussão no sentido que pessoas que desejam engravidar a curto prazo e ficariam felizes com uma gravidez poderiam se beneficiar de métodos de ação curta, retorno da fertilidade e cuidados pré concepcionais por exemplo. (GEIST et al., 2019)

Deve-se reforçar a importância de compartilhar as informações necessárias sobre os efeitos colaterais dos métodos para auxílio da seleção e continuação dos mesmos, bem como, abordar respeitosamente preocupações e riscos dos efeitos, incluindo as que são provindas da mídia ou de pessoas próximas. Outro cuidado a ser tomado na comunicação é como informar os números. Deve-se evitar citar percentuais e utilizar números em proporção, por exemplo, falar que 2 em cada 1000 mulheres que usam o DIU de

Levonogestrel vão engravidar em um ano, em vez de falar que esse método tem uma taxa de falha de 0,2%. Riscos relativos também devem ser evitados já que podem ser mal interpretados, por exemplo o risco de tromboembolismo venoso em mulheres que usam contraceptivos hormonais combinados e mulheres que não usam é muito baixo, porém comparando os dois grupos é 3x maior nas mulheres que usam. A eficácia contraceptiva deve ser comunicada de forma clara pois é um dos fatores de maiores relevâncias na escolha do método. Foram desenvolvidas várias estratégias para comunicar eficazmente, com linguagem simples com riscos absolutos comparativamente e apenas informações relevantes para a tomada de decisão. O gráfico de aconselhamento em camadas é um modelo sugerido, que segue esse padrão, exposto na Figura 1 a seguir. Outra estratégia é antecipar e abordar barreiras ao uso consistente e correto dos anticoncepcionais. Um estudo mostrou uma redução de 15% de testes de gravidez e contracepção de emergência em serviços que usaram essa estratégia. Abordar as percepções de baixa susceptibilidade de gravidez também é essencial pois várias mulheres optam em não usar um método por experiências prévias de relações sexuais desprotegidas em que não engravidaram. Assim como é imprescindível a orientação à dupla proteção para prevenção de DSTs. (DEHLENDORF; KRAJEWSKI; BORRERO, 2014)

Figura 1: Eficácia dos métodos de planejamento familiar





### 3.2 Repassando os métodos contraceptivos

A anticoncepção constitui o uso de métodos e técnicas para impedir a gravidez pela relação sexual. É um recurso de planejamento familiar para programação consciente da prole. Os métodos podem ser classificados em reversíveis: comportamentais, de barreira, Dispositivos Intrauterinos, hormonais e de emergência; e definitivos: esterilização cirúrgica feminina e masculina. Alguns conceitos também devem ser esclarecidos para o manejo da contracepção, sendo eles: Eficácia- capacidade de um método proteger contra gravidez indesejada e não programada, expressa pela taxa de falha do método em um período. Usualmente é representada pelo Índice de Pearl ( $n^\circ$  de falhas X 12 meses X 100 dividido pelo  $n^\circ$  total de meses de exposição); Segurança- potencial de causar riscos à saúde; e Critérios de Elegibilidade. (FEBRASGO, 2015)

Os critérios de Elegibilidade são definidos pelo conjunto de características de uma pessoa candidata ao uso do método e indicam se é recomendado ou não a utilização. São classificados em 4 categorias, sendo: 1- utilização sem restrição, 2- utilização com cautela, 3- maior risco que benefício e indicação por outra opção de método, 4- contraindicado. (WOODHAMS; GILLIAM, 2019).

Nesse trabalho será repassado resumidamente os métodos priorizados para o aconselhamento na intervenção e as informações relevantes para a decisão das pacientes, iniciando-se pelos Dispositivos Intrauterinos (DIUs). Os DIUs são considerados métodos contraceptivos de longa duração (LARCs) e apresentam altas taxas de eficácia, sendo métodos fortemente recomendados pelos médicos. São divididos em hormonais (Sistema intrauterino liberador de Levonogestrel SIU-LNG- *Mirena*, *Kylena*) e não hormonais (Cobre, Prata). Os não hormonais funcionam prevenindo a fertilização devido a uma reação infamatória provocando lesão tecidual mínima, causada pela presença do corpo estranho na cavidade uterina (o próprio dispositivo) e pela liberação do cobre, que também afeta a motilidade do espermatozoide tendo ação espermicida. Estes duram cerca de 10 anos, mas podem aumentar o fluxo e as cólicas menstruais (2% das mulheres descontinuam o método por esse motivo); apresentam índice de Pearl de 0,8%, ou seja, ocorre menos de uma gravidez a cada 100 mulheres que utilizam esse método no período de um ano. Os SIU-LNG funcionam liberando pequena quantidade de Levonogestrel, que também previnem a fertilização; duram cerca de 5 anos e podem levar a amenorréia e reduzir cólicas menstruais, o que pode ser considerado como benéfico para mulheres que

apresentam sintomas menstruais intensos, embora também causem sangramentos irregulares; apresentam Índice de Pearl de 0,2% (DEAN, 2018; FEBRASGO, 2015).

Ainda sobre os Dispositivos Intrauterinos, é válido lembrar que ambos resultam em retorno rápido da fertilidade após descontinuação do método e reduzem o risco de neoplasia de endométrio, ainda que apresentem risco raro de expulsão e perfuração no momento da inserção (3% e 0,1% das mulheres, respectivamente) e causem cólicas na maioria das pacientes no momento da inserção (FEBRASGO, 2015). Apesar da alta taxa de eficácia desses métodos, a maior parte das mulheres ainda prefere outros métodos como preservativos e pílulas combinadas, e pesquisas feitas com as opiniões das pacientes mostram atitudes positivas em relação ao uso quando são orientadas sobre riscos e benefícios antes da inserção. Uma das barreiras enfrentadas em relação ao DIU é que ainda existem muitas preocupações, sem evidências ou equívocas, que necessitam esclarecimento, e o aconselhamento é uma importante ferramenta para abordá-las. Um estudo norte americano listou os principais mitos relatados por especialistas em planejamento familiar, sendo alguns deles: DIUS causam doença inflamatória pélvica, mulheres nulíparas não devem usar e DIUs causam infertilidade. Os DIUs modernos não aumentam o risco de DIP e ao contrário, dispositivos que liberam a progesterona continuamente podem reduzir o risco dados seus efeitos no muco cervical. Além disso, são ótimas opções para mulheres nulíparas e jovens e não causam infertilidade. A relevância desse estudo se dá no âmbito de que esses mitos devem ser abordados e corrigidos nas conversas de aconselhamento para evitar que outras opções continuem sendo preferência das mulheres por informações equívocas sobre o DIU (RUSSO; MILLER; GOLD, 2013).

O implante subdérmico também é considerado um método contraceptivo reversível de longa duração, sendo o de maior eficácia entre os métodos, Índice de Pearl 0,05%. O implante disponível no Brasil é o *Implanon*, que, no entanto, não está disponível no sistema único de saúde (SUS) e dispense de um alto custo tanto do dispositivo tanto para sua inserção. Este método após inserido faz a liberação sérica lenta e contínua de progesterona (etonogestrel), que provoca engrossamento do muco cervical e supressão da ovulação; apresenta duração de aproximadamente de 3 anos. O implante subdérmico é uma ótima opção para adolescentes e mulheres jovens (não requer exame ginecológico para inserção), reduz cólicas e sangramentos menstruais intensos e reduz o risco de hiperplasia e câncer de endométrio. A principal causa de descontinuação do método é o

sangramento irregular (11-14% das mulheres; interrompem o uso por esse motivo); também pode ocorrer descoloração no local da inserção e dificuldade de remoção do implante, além dos efeitos colaterais ocasionados pelas concentrações séricas de progesterona como cefaleia, dor na mama, labilidade emocional, entre outros (FEBRASGO, 2015).

Para as pessoas que se enquadram nas indicações é importante informar e discutir nas consultas de planejamento familiar as opções cirúrgicas de esterilização feminina (laqueadura tubária) e masculina (vasectomia); ambas são altamente eficazes com índice de Pearl de 0,5% e 0,15% respectivamente, embora sejam irreversíveis. Para a laqueadura tubária é necessário um prazo de 60 dias após manifestação do desejo e orientação da equipe, depende de ambos os conjugues, e só pode ser realizada em mulheres com 25 anos ou mais ou com pelo menos 2 filhos. É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores ou que o ato cirúrgico novo coloque a mãe em risco (FEBRASGO, 2015).

Outro método contraceptivo é a injeção trimestral de Medroxiprogesterona. Está disponível no SUS (Deprovera), tem uma boa eficácia (índice de Pearl 6%), e é uma boa opção para mulheres que não se adaptam a pílulas ou que apresentam contra indicações ao uso de estrogênio. Seu uso regular reduz sintomas menstruais e pode reduzir o risco de histerectomia por miomas e ajudar no controle de dores pélvicas de etiologias ginecológicas. Porém, podem causar sangramento irregular, ganho de peso, dores de cabeça, além da diminuição da massa óssea e maior tempo de retorno a fertilidade após a descontinuação (pode variar de 14 semanas a 18 meses) (BEKSINSKA, 2021; FEBRASGO, 2015).

Os métodos contraceptivos combinados orais são os mais utilizados no mundo. São compostos por estrogênio e progesterona e atuam suprimindo ovulação, engrossando o muco cervical e afinando o endométrio para evitar a implantação. São eficazes quando utilizados corretamente (índice de Pearl 9%) porém sua posologia muitas vezes dificulta a adesão e prejudica o mecanismo de ação das pílulas, ocasionando maiores taxas de falhas, por isso é essencial a orientação do uso correto do método e do reforço deste para a eficácia adequada. A duração do método é dose-dependente, então dura cerca de um dia por dose; nesse contexto é importante orientar que 1 pílula esquecida se tomada dentro de 48 horas não afeta o funcionamento do método, e 2 pílulas esquecidas ainda que

tomadas assim que lembradas exigem um método de resgate por uma semana; a partir de 3 é necessário iniciar uma nova cartela. Devem ser iniciados preferencialmente no 1º dia do ciclo, e não devem ser usados em lactantes até o 6º mês. Os contraceptivos combinados podem ser usados também para tratar sangramento menstrual intenso, miomas, endometriose, acne, tensão pré-menstrual e ainda diminuem o risco de câncer de ovário e endometrial (FEBRASGO, 2015). Também podem apresentar sangramento irregular ou escapes (especialmente com pílulas de baixa dose), náuseas e dor nos seios e podem aumentar o risco de trombose, no entanto é importante esclarecer que o risco relativo ainda é maior em mulheres que não usam pílulas e o dobro em gestantes – mulheres que não usam pílula, que usam pílulas de segunda geração e aquelas que utilizam as de terceira geração, apresentam incidência de 5, 1 e 25, casos a cada 100.000 mulheres, respectivamente (CWIAK, 2018).

Durante o aconselhamento dos contraceptivos combinados é importante ressaltar as possíveis interações medicamentosas com antibióticos, antiepilépticos, antirretrovirais e as principais contraindicações, sendo elas: fumantes acima de 35 anos, enxaqueca com aura ou sintomas neurológicos focais, histórico de acidente vascular encefálico, doença isquêmica cardíaca, histórico pessoal de câncer de mama, hipertensão arterial sistêmica descontrolada, cirrose, histórico de Tromboembolismo venoso ou pulmonar e alterações de coagulação (CDC, 2020). A fim de auxiliar a troca de informações durante a consulta, foi disponibilizado um gráfico usado como importante recurso para prescrição de contracepção, o CDC MEC (Critérios médicos de elegibilidade para contracepção) (Anexo B). Este é um gráfico do CDC que fornece dados de segurança para contracepção em pacientes com diferentes considerações médicas. Opções em verde são de baixo risco e as de vermelho devem ser evitadas.

Existem várias formulações de contraceptivos orais diferentes disponíveis, variando de acordo com a dose de estrogênio e o tipo de progesterona. Para iniciar o método é recomendado um monofásico (com apenas uma dose de hormônio), com doses mais baixas de estrogênio (menos efeitos colaterais) e com progestágenos menos androgênicos (ciproterona, gestodeno) em pacientes com queixas de acne ou síndrome de ovário policísticos. As pílulas com doses maiores de estrogênio (acima de 20mcg) são indicadas para tratamento de sangramentos de escape. Também existem as pílulas de ciclo estendido para mulheres que desejam ou que não podem menstruar. (SEEGGER, 2007)

Existem outros métodos contraceptivos combinados disponíveis em outras formas além das pílulas. São eles: injetável mensal, adesivo transdérmico e anel vaginal. Todos apresentam efeitos colaterais pela concentração sérica dos hormônios, porém em menor intensidade já que têm a vantagem de evitar o metabolismo de primeira passagem (não são metabolizados pelo fígado antes de atingir a circulação sistêmica). Os injetáveis são aplicados a cada 30 dias, os adesivos são trocados a cada 7 dias, com a pausa de 7 dias, e o anel a cada 3 semanas, com pausa de 7 dias. (FEBRASGO, 2015)

Os métodos de barreiras também são de extrema importância no aconselhamento contraceptivo. Os condôns masculinos e femininos são os únicos capazes de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis e devem ser aconselhadas independente do uso de outros métodos, para todas as pessoas com vida sexual ativa. São de fácil acesso, disponíveis no SUS, sem efeitos sistêmicos, mas apresentam alta taxa de falha (índice de Pearl 18 e 21% respectivamente) por uso incorreto e desconforto. Outro método de barreira é o diafragma, que apresenta uma eficácia um pouco melhor (IP 12%), dura cerca de 3 anos, mas exige uma maior complexidade com medição do canal vaginal pelo profissional para ser prescrito. Existem ainda os métodos comportamentais coito interrompido e “tabelinha”, porém pelos altos índices de falha não serão foco nessa discussão.

#### **4 METODOLOGIA**

O município de Ouro Preto possui população estimada de 74.558 habitantes e está localizado na Serra do Espinhaço, na Zona Metalúrgica de Minas Gerais, também conhecida como Quadrilátero Ferrífero (IBGE, 2020).

A população alvo da ação para a capacitação eram profissionais de saúde com foco em médicos e enfermeiros da rede da atenção primária da cidade de Ouro Preto. A participação dos mesmos era facultativa. Estavam presentes 42 médicos e enfermeiros das seguintes unidades de saúde de Amarantina, Antônio Dias, Bauxita/Vila Aparecida, Bento Rodrigues, Morro Santana, Padre Faria, Piedade, Antônio Pereira e Santa Cruz. Psicólogos e nutricionistas também estavam presentes e participaram da sessão, porém não foram avaliados.

O projeto foi realizado com o apoio da gestão de saúde atual, em uma reunião programada previamente, no dia 16/12/2021, no Salão do Sindicato dos Trabalhadores, no bairro São Cristóvão em Ouro Preto.

A capacitação funcionou da seguinte forma: foi entregue no início da sessão um questionário com perguntas referentes a conhecimentos prévios e impressões sobre o tema que seria abordado (Anexo A) a todas as pessoas que estavam presentes. Foi esclarecido anteriormente a entrega, que os questionários poderiam ser anônimos, e que apenas profissionais que não fossem médicos ou enfermeiros sinalizassem no cabeçalho. Juntamente com esse questionário foram entregues também uma tabela adaptada do Centro de Controle e Prevenção de Doenças (CDC), de métodos contraceptivos disponíveis e eficácia de cada um, e uma tabela de contraindicações de cada método da mesma fonte, para auxílio na orientação aos pacientes durante as consultas nos postos de saúde (Figura 1 e Anexo B).

Em um segundo momento, foi iniciada uma apresentação em Power Point ministrada pela autora deste estudo (Anexo C), que projetou em tela ensinamentos e explicações do aconselhamento contraceptivo baseado na decisão compartilhada, tendo como base um currículo criado e validado por estudantes de clínica médica nos EUA estruturado em 7 passos para essa abordagem. Após o término da apresentação foi aberto espaço para dúvidas e comentários e foi entregue um novo questionário (Anexo D), para ser respondido após os conhecimentos adquiridos durante a sessão. Para responder os questionários foram dados cerca de 10 minutos, e para a apresentação, dúvidas e discussões foram gasto cerca de 50 minutos, totalizando 70 minutos de intervenção junto ao público mencionado.

O modelo de 7 etapas utilizado foi uma adaptação de Rusiecki (2018), que consiste em um modelo de currículo desenvolvido e validado para o ensino na atenção primária por residentes de medicina interna com auxílio de professores da Universidade de Chicago nos EUA.

Esse modelo consiste em 7 importantes passos para serem discutidos no aconselhamento, composto em roda, para evidenciar que a ordem não é importante, mas sim discutir todos os pontos. São eles: metas reprodutivas, risco reprodutivo, exploração de valores e preocupações, lista de opções de métodos com efeitos colaterais, checagem do entendimento, negociação da decisão e revisão do plano. Durante a apresentação

passamos por todos os planos, explicando a abordagem e aspectos importantes de cada um deles.

**Figura 2:** Modelo de aconselhamento em 7 etapas



**Fonte:** autoria própria (adaptado de RUSIECKY, 2018)

Para elaboração e adaptação do material foi realizada uma busca na base de dados médicos relevantes como o PubMed e Scielo usando o cruzamento dos descritores “aconselhamento contraceptivo”, “tomada de decisão compartilhada”, “contracepção reversível de longa duração”, “métodos de ensino em aconselhamento contraceptivo”.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Durante o treinamento não houve muitas interrupções para perguntas ou participação, sendo aberto esse espaço no final da apresentação. Alguns pontos importantes levantados foram sobre a disponibilidade dos métodos expostos na rede pública do Município tanto na atenção primária, quanto na secundária, e a acessibilidade a eles, já que a grande maioria das mulheres que frequentam o serviço não teriam condição de arcar com os

custos de um método de custo elevado como o DIU de levonogestrel, por exemplo, caso fosse o eleito, e isso limitaria o nosso aconselhamento. Outro ponto interessante foi o perceptível interesse dos profissionais pelo material de auxílio fornecido no treinamento, evidenciado por elogios e procura dos que chegaram após o início da apresentação. Em relação a pontos a serem melhorados foi discutido sobre a possibilidade de serem acrescentados ao currículo role plays ou vídeos para melhor compreensão do modelo proposto.

Dentre o público atendido pelos profissionais que participaram da pesquisa, a estimativa média é de que mulheres com idade entre 18 e 50 anos representem entre 25 a 50% do público total nas UBS. Para estes pacientes, em média, são realizados muitas vezes o aconselhamento de contracepção, mas não como uma rotina implementada.

Pode-se perceber também, em relação aos profissionais entrevistados, que apenas metade já havia recebido algum tipo de treinamento em contracepção ou em tomada de decisão compartilhada em momentos passados de suas carreiras, sendo esse um dos principais motivos apontados como fatores que afetam a capacidade de aconselhamento. Cabe destacar ainda neste tópico, que a frequência da utilização de auxílios de decisão ao aconselhar pacientes em contracepção, ainda que bem variável na amostra estudada, foram mais próximos à “raridade” do que à “rotina” de maneira geral.

Tais indicações por parte dos entrevistados demonstram a importância deste estudo e vão ao encontro dos objetivos, uma vez que se nota espaço para o aprendizado nesses temas, não só dos participantes do estudo, mas de médicos e enfermeiros da rede de atenção primária de uma forma geral.

Deste modo, passando à uma avaliação mais quantitativa dos questionários respondidos, pôde-se perceber significativas mudanças de percepção por parte dos entrevistados em praticamente todos os temas abordados. Primeiramente, foi notado um incremento substancial na confiança dos participantes em relação ao aconselhamento de colocação de métodos contraceptivos após o treinamento. Em relação ao aconselhamento de colocação de métodos de longa duração na atenção primária, por exemplo, houve um incremento de 30% de participantes que passaram a se sentir muito confiantes após a palestra, resultando em mais de 80% dos profissionais ao menos confiantes para tal indicação.



Já num plano mais conceitual, pode-se notar uma evolução irrisória em relação à importância dada à tomada de decisão compartilhada, antes e após a realização do treinamento. De maneira análoga, a importância do aprendizado sobre aconselhamento contraceptivo e sua relevância para carreira também não sofreram aumentos significativos após a palestra.

Contudo, cabe destacar que o fato de não haver alteração dessa importância relativa após a apresentação se deve ao fato de que anteriormente ao estudo as percepções individuais já eram extremamente elevadas para esses tópicos. Tal entendimento pode ser verificados pelos resultados das questões que avaliavam a importância percebida pelos participantes para estes tópicos, e que estão resumidos na Tabela 1 abaixo.

Os resultados indicam, tanto antes quanto depois de feita a apresentação, valores muito próximos à 5, nota máxima das questões em termos da escala de Likert, e que representa o conceito de “Muito importante”. Vale ressaltar ainda nesse aspecto, que dentre todas as respostas em relação à importância percebida, não houve nenhuma associada à não importância desses tópicos, sendo as respostas majoritariamente divididas entre “Muito importante” e “Importante”.

**Tabela 1** – Evolução da importância após aconselhamento

Tópico abordado	Pré	Pós
<i>Qual a importância da tomada de decisão compartilhada para você?</i>	4,8	4,9
<i>Qual a importância de você aprender sobre aconselhamento contraceptivo?</i>	4,9	4,9
<i>Quão relevante é aprender sobre o aconselhamento contraceptivo para sua carreira?</i>	4,8	4,8
OBS: Nessa tabela, usou-se a escala Likert, sendo 5 - Muito Importante 4- Importante 3 - Moderado 2 - Às vezes importante 1 - Não é importante		

**Fonte:** autoria própria

Após a interpretação das opiniões relativas dos participantes, o presente estudo também fez uma análise acerca da taxa de acerto em relação às questões específicas e objetivas do questionário, que continham opções verdadeiras e falsas para serem assinaladas, sendo repetidas antes e depois do treinamento a fim de ser possível avaliar a taxa de aprendizado dos participantes quanto ao conteúdo dado. Essas perguntas estão representadas na tabela 2 abaixo:

**Tabela 2** – Percentual de respostas corretas antes e após a apresentação

Tópico abordado	% de Acertos	
	Pré	Pós
<i>Uma paciente jovem que mantém relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros NÃO deve ter um DIU porque aumentará ainda mais o risco de DIP (doença inflamatória pélvica). Esta afirmação é:</i>	50%	88%
<i>Qual dos seguintes é um efeito colateral comum da injeção trimestral?</i>	70%	88%
<i>Um fumante de 30 anos com histórico de enxaqueca com aura está interessado em iniciar uma pílula anticoncepcional hormonal combinada. Qual é a sua preocupação?</i>	58%	52%
<i>Mulheres com hipertensão mal controlada podem ser capazes de usar qual dos métodos contraceptivos a seguir? Selecione tudo o que se aplica:</i>	62%	65%
<i>Quais das seguintes formas de contracepção podem ser usadas para melhorar o sangramento menstrual intenso? Selecione tudo o que se aplica:</i>	96%	97%
<i>A tomada de decisão compartilhada deve ser usada em qual das seguintes situações clínicas?</i>	92%	92%
Taxa geral de acerto	67%	78%

Fonte: autoria própria

Por estes resultados, pode-se avaliar que o treinamento teve êxito em sua capacidade de instrução, uma vez que se pode observar um incremento nos acertos após a apresentação, passando de uma taxa geral de acerto de 67%, para 78% após sua realização.

Dentre as questões avaliadas, aquela que teve o maior incremento percentual de acerto foi a questão relativa ao aumento do risco de DIP (doença inflamatória pélvica) em pessoas que utilizam DIU e mantém relações sexuais com múltiplos parceiros. Previamente ao treinamento, apenas 50% dos participantes desse estudo foram assertivos quanto à ausência de correlação entre o risco de DIP e a utilização do DIU. Após a palestra, 88% dos participantes assinalaram corretamente que não há correlação.

Como outro destaque positivo, a afirmação sobre efeitos colaterais comuns da injeção trimestral também apresentou incremento na taxa de acerto antes e após o treinamento, passando de 70% para 88%. Cabe destacar ainda neste ponto que os erros iniciais foram associados majoritariamente ao entendimento de que um dos efeitos

colaterais observados seria a “eficácia reduzida de antibióticos”, quando não o é. Por outro lado, após o estudo, o erro majoritário passou a ser a percepção que nenhum dos efeitos apresentados era causado pela injeção trimestral.

Dentre as questões que tiveram menor variação percentual, vale ressaltar que o entendimento das formas de contracepção que podem ser utilizadas para melhorar o sangramento menstrual intenso, bem como das situações clínicas nas quais a tomada de decisão compartilhada deve ser utilizada, foram as questões com maior índice de acerto, superando 90% tanto antes quanto depois de feita a apresentação.

Como pontos de atenção, deve-se dar destaque as taxas mais baixas de acerto em relação à questão referente ao método contraceptivo adequado para ser utilizado em casos de mal controle de hipertensão, bem como à questão relativa ao tipo de preocupação em relação à utilização de pílula anticoncepcional em paciente com histórico de enxaqueca com aura.

No primeiro caso, as taxas de acerto foram em torno de 60% e os erros majoritários foram relativos ao entendimento de que a contracepção de emergência pode ser um método contraceptivo adequado no caso de hipertensão mal controlada.

Já em relação a questão acerca da correta preocupação, a taxa de acerto foi abaixo de 60%, inclusive sendo menor (52%) após a aplicação do treinamento. Os erros apontados, tanto antes quanto depois, foram basicamente em relação ao entendimento de que a preocupação a se ter nestes casos é sobre a possibilidade de enxaquecas mais acentuadas para os pacientes, bem como a de que qualquer forma de contracepção hormonal aumente muito o risco de AVC em pacientes com esse quadro. Tais dados levantam a constatação de que o tema deveria ter sido abordado de uma maneira diferente durante a apresentação, colocando especial destaque ao risco muito elevado para pacientes com esse quadro, no caso de ministrada a contracepção hormonal combinada.

## **6 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pode-se concluir que o objetivo geral da intervenção de capacitar os profissionais de saúde, médicos e enfermeiros da atenção primária, para o aconselhamento contraceptivo baseado na decisão compartilhada foi alcançado de forma satisfatória nesse trabalho. As análises quantitativas, evidenciam objetivamente o aumento da confiança e

do conforto dos profissionais após o treinamento, o maior conhecimento teórico em relação aos temas apresentados, principalmente em conhecimento de efeitos colaterais e eficácia contraceptiva.

O aprofundamento teórico na temática bem como os ensinamentos em aplicações em consultas médicas e uso de ferramentas clínicas para o auxílio na conversa com o paciente, foram pontos chaves do treinamento para o alcance desses resultados. O momento em que foi realizado, também foi um importante facilitador pois permitiu que estivessem reunidos a maioria dos médicos e enfermeiros da atenção primária, e que todos tivessem acesso ao treinamento em uma única vez. Os recursos fornecidos poderão ser usados em consultas recorrentes pelos profissionais sobre o tema.

Outro ponto importante a se destacar, é que tendo em vista que apenas metade dos participantes haviam sido treinados anteriormente, foram abordadas lacunas em relação a 2 temas de extrema relevância na atenção primária (métodos contraceptivos e decisão compartilhada). Isso implica em uma melhoria do conhecimento dos profissionais, o que poderia contribuir para melhor qualidade das consultas na atenção primária, melhor conversa médico-paciente, melhor adesão das mulheres em relação ao uso de métodos de contracepção e conseqüentemente melhor controle das taxas de natalidade.

Nesse aspecto, reforça-se a importância de serem abordados temas como esses mais corriqueiramente, tendo em vista um contexto brasileiro com altas taxas de gravidez não planejada, e as graves conseqüências disso em um país ainda em desenvolvimento, com altos níveis de pobreza e disparidades sociais, como maior risco para saúde da mãe e do bebê, abandono ou interrupção escolar e atraso na inserção do mercado de trabalho.

Embora tenham sido alcançados resultados positivos com a intervenção, ainda há aspectos a serem melhorados; não são abordados no currículo temas relacionados a medicações e comorbidades que ocasionariam uma gestação de alto risco por exemplo, sendo necessário adaptações como uma sessão sobre o aconselhamento pré conceutivo, levando em conta a importância desse assunto. Outra possibilidade para aprimoramento seria uma adaptação curricular baseado no perfil da população em questão e às principais barreiras dificultadoras da adesão das mulheres ao método, por exemplo ter uma conversa mais detalhada em uma população que mulheres não usam DIU por crenças relacionadas a mitos.

Em relação aos resultados, também é importante colocar que ainda que as análises resultem em um somatório positivo, o estudo abrangeu uma amostra muito pequena de profissionais, não alcançando significância estatística.

## 7 REFERÊNCIAS

- AKERS, A. Y. et al. **Providers' Perspectives on Challenges to Contraceptive Counseling in Primary Care Settings**, v. 19, n.6, p. 1163-1170, 2010.
- BBC. **Com 55% de gestações não planejadas, Brasil falha na oferta de contracepção eficaz**. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-44549368#:~:text=Mais%20de%2055%25%20das%20brasileiras,40%25%20de%20gesta%C3%A7%C3%B5es%20n%C3%A3o%20planejadas>. Acesso em 26 de junho de 2018.
- BEKSINSKA, M, et al. **Weight change among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: Findings from a randomised, multicentre, open-label trial**, 2021.
- CALLEGARI, L. S. et al. **Addressing potential pitfalls of reproductive life planning with patient-centered counseling**, v. 216, n. 2, p. 129–134, 1 fev. 2017.
- CDC. **Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive**. Disponível em: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria\\_508tagged.pdf](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/pdf/summary-chart-us-medical-eligibility-criteria_508tagged.pdf). Acesso em 2 de abril de 2020.
- CHARON, R. **Narrative medicine: A model for empathy, reflection, profession, and trust**. *Journal of the American Medical Association*, v 286, n. 15, p. 1897-1902, 17 out. 2001.
- CWIAK, C. **Combined oral contraceptives (COCs)**. In: HATCHER, R. *Contraceptive technology*. New York, NY : Ayer Company Publishers, 2018. p 263-310.
- DEAN, G. **Intrauterine devices (IUDs)**. Em: HATCHER, R. *Contraceptive technology*. New York, NY: Ayer Company Publishers, 2018, p. 157-193.
- DEHLENDORF, C. et al. **Women's preferences for contraceptive counseling and decision making**, v. 88, n. 2, p. 250–256, ago. 2013.
- DEHLENDORF, C.; KRAJEWSKI, C.; BORRERO, S. **Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use** *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*, v. 57, n. 4, p. 659-673, 2014.
- ELWYN, G. et al. **Shared decision making: A model for clinical practice**. *Journal of General Internal Medicine*, v. 27, n.10, p. 1361-1367, out. 2012.
- EPSTEIN, R. M.; ALPER, B. S.; QUILL, T. E. **Communicating Evidence for Participatory Decision Making**, v. 291, n. 19, p. 2359-2366, 2004.
- FINOTTI, M. **Manual de Anticoncepção – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO)**, 2015.

GEIST, C. et al. **Beyond intent: exploring the association of contraceptive choice with questions about Pregnancy Attitudes, Timing and How important is pregnancy prevention (PATH) questions**, v. 99, n. 1, p. 22–26, 1 jan. 2019.

GLEBOCKI, G.; GONÇALVES CORNEAU, F. **Decisão compartilhada na atenção primária e desfechos em saúde: uma revisão integrativa**, v. 16, n. 43, p. 2388, 10 nov. 2021.

GUSSO, G; CERATTI, JM; CHAVES L. **Tratado de Medicina de Família e Comunidade: princípios, formação e prática I e II**. 2ª edição. Porto Alegre: Artmed 2019. V.2, p. 1509-1516.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, M. **Direitos sexuais, direitos reprodutivos e métodos anticoncepcionais**, 2009.

NAÇÕES UNIDAS. **OMS: gravidez indesejada resulta de falta de serviços de planejamento familiar**. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1692151>. Acesso em outubro de 2019.

RUSSO, J. A.; MILLER, E.; GOLD, M. A. **Myths and misconceptions about long-acting reversible contraception (LARC)**, v. 52, n.4, p. S14-S21, abr. 2013.

RUSIECKI, J., et al. **An Innovative Shared Decision-Making Curriculum for Internal Medicine Residents: Findings from the University of Pittsburgh Medical Center**. *Academic Medicine*. v. 93 n.6, p. 937-942, 2018.

SEEGER, JD, et al. **Risk of thromboembolism in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives**. *Obstet Gyn*, 2007, v. 110 p. 587-593.

WHO/CDC. **Effectiveness of Family Planning Methods**. Disponível em: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/pdf/Contraceptive\\_methods\\_508.pdf](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/unintendedpregnancy/pdf/Contraceptive_methods_508.pdf). Acesso em setembro de 2019.

WOODHAMS, E. J.; GILLIAM, M. **Contraception**, v. 170, n. 3, p. ITC17–ITC31, 5 fev. 2019.

## ANEXO A

### ***Consultoria contraceptiva e pesquisa de tomada de decisão compartilhada***

---

Esta pesquisa foi criada para coletar informações sobre seu conhecimento e experiência com o fornecimento de aconselhamento contraceptivo e a prática de tomada de decisões compartilhadas na atenção primária. Por favor, responda com base em seus conhecimentos e experiência atuais.

#### **Seção 1** (perguntas relacionadas à saúde da mulher).

***Qual a importância de você aprender sobre aconselhamento contraceptivo?***

a. Muito Importante   b. Importante   c. Moderado   d. Às vezes importante   e. Não é importante

***Quão relevante é aprender sobre o aconselhamento contraceptivo para sua carreira?***

a. Muito relevante   b. Relevante   c. Moderado   d. Às vezes relevante   e. Não é relevante

***Por favor, estime a porcentagem de pacientes da sua UBS que são mulheres de 18 a 50 anos.***

a. <5%      b. 5-10%      c. 11-25%      d. 26-50%      e. >50%

***Você já recebeu treinamento em aconselhamento contraceptivo anteriormente?***

a. Sim      b. Não      c. Não tem certeza

***Com que frequência você realiza aconselhamento de contracepção de rotina com mulheres em idade reprodutiva? (Perguntar sobre método contraceptivo atual, avaliar o desejo do paciente de aconselhamento e oferecer ou fornecer informações sobre diferentes métodos).***

a. Raramente (<20%)   b. Às vezes (21-49%)   c. Muitas vezes (50-79%)   d. Rotineiramente (>80%)

***Quais barreiras você encontrou que afetam sua capacidade de aconselhar seus pacientes sobre contracepção? Selecione tudo o que se aplica:***

a. Não recebi treinamento adequado ou educação sobre contracepção

- b. Não me sinto confortável falando com pacientes sobre problemas de saúde reprodutiva
- c. Não tenho tempo.
- d. Eu sinto que os especialistas (ginecologistas) são mais hábeis nessas discussões
- e. Há muitas opções disponíveis e eu me sinto sobrecarregado guiando o paciente através desta discussão
- f. Eu não sinto que a questão é tão aguda quanto as outras preocupações médicas do paciente
- g. Eu não sinto que este é um grande foco dentro da minha prática clínica
- h. Eu raramente preciso aconselhar pacientes sobre opções contraceptivas
- i. Outros, por favor, descrevam:

***Você se sente confortável aconselhando um paciente sobre os métodos contraceptivos?  
Selecione tudo o que se aplica:***

- a. preservativos (masculino ou feminino)
- b. Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel)
- c. Pílulas somente de progesterona
- d. Injeções
- e. Implantes subdérmicos
- f. Dispositivo ou sistema intrauterino (Mirena ou Cobre)
- g. Outros contraceptivos de barreira (diafragmas, espermicidas)
- h. Esterilização permanente (laqueadura tubária, vasectomia)
- i. Abstinência periódica (planejamento familiar natural, "tabelinha")
- j. Abstinência
- k. Coito interrompido
- l. Contracepção de emergência
- m. Nenhum

***Quão confiante você se sente aconselhando a colocação de métodos contraceptivos de longa duração (Dispositivos intrauterinos e Implanon) na atenção primária?***

- a. Muito confiante   b. Confiante   c. Moderado   d. Às vezes confiante   e. Não confiante

## **Seção 2**

As seguintes perguntas referem-se ao seu conhecimento sobre métodos contraceptivos, efeitos colaterais e contra-indicações.

***Uma paciente e seu marido sentem que sua família está completa e não desejam mais filhos. Por favor, classifique a eficácia dos seguintes métodos (1=mais eficaz, 5= menos eficaz)***

- |   |                         |
|---|-------------------------|
| ____ Preservativos (masculino ou feminino)                          | ____ Mirena IUD         |
| ____ Implante   | ____ Laqueadura tubária |
| ____ Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel) |                         |



**Uma paciente jovem que mantém relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros NÃO deve ter um DIU porque aumentará ainda mais o risco de DIP (doença inflamatória pélvica). Esta afirmação é:**

- a. Verdadeira      b. Falsa      c. Não tem certeza

**Qual dos seguintes é um efeito colateral comum da injeção trimestral?**

- a. Ganho de peso  
b. Sangramento intermitente e imprevisível  
c. Eficácia reduzida de antibióticos  
d. Qualquer um dos acima  
e. Nenhum dos acima

**Uma paciente fumante de 30 anos com histórico de enxaqueca com aura está interessado em iniciar uma pílula anticoncepcional hormonal combinada. Qual é a sua preocupação?**

- a. Ela pode ter enxaquecas mais graves ou frequentes.  
b. Iniciar contracepção hormonal combinada aumenta muito o risco de AVC em pacientes com enxaquecas com aura  
c. Iniciar QUALQUER forma de contracepção hormonal aumenta muito o risco de AVC em pacientes com enxaquecas com aura  
d. Sem preocupações

**Mulheres com hipertensão mal controlada podem ser capazes de usar qual dos métodos contraceptivos a seguir? Selecione tudo o que se aplica:**

- a. Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel)  
b. Métodos de progesterona (pílulas ou injeções)  
c. Dispositivo ou sistema intrauterino  
d. Contracepção de emergência  
e. Qualquer um dos acima  
f. Nenhum dos acima

**Quais das seguintes formas de contracepção podem ser usadas para melhorar o sangramento menstrual intenso? Selecione tudo o que se aplica:**

- a. Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel)  
b. Métodos somente progesterona (pílulas ou injeções)  
c. Mirena  
d. Dispositivo intrauterino de cobre  
e. Implanon  
f. Qualquer um dos acima  
g. Nenhum dos acima

### **Seção 3**

As perguntas a seguir estão relacionadas ao seu conhecimento sobre a tomada de decisões compartilhadas.

***Você conhece ou já recebeu algum treinamento sobre a tomada de decisão compartilhada?***

- a. Sim b. Não c. Não tenho certeza

***Caso você já tenha conhecimento, qual a importância da tomada de decisão compartilhada para você?***

- a. Muito Importante b. Importante c. Moderado d. Às vezes importante e. Não é importante

***Qual dos seguintes é um elemento de tomada de decisão compartilhada? Selecione tudo o que se aplica***

- a. Desenvolver uma parceria com outros membros da equipe de saúde para tratar mulheres em idade reprodutiva
- b. Trabalhar para aumentar a "conversa de mudança" do paciente em relação ao sexo desprotegido
- c. Ajudar o paciente a fazer a escolha mais consciente de custo ao selecionar entre um DIU e pílulas contraceptivas orais
- d. Identificar as preocupações e expectativas dos pacientes de selecionar um método de contracepção

***A tomada de decisão compartilhada deve ser usada em qual das seguintes situações clínicas?***

- a. Quando uma paciente não toma seus comprimidos contraceptivos orais todos os dias
- b. Para aconselhamento de um paciente sobre a frequência do rastreamento de mamografia
- c. Fornecer educação ao paciente sobre práticas sexuais seguras
- d. Prescrevendo um curso curto de antibióticos para uma UTI

***Com que frequência você usa auxílios de decisão ao aconselhar um paciente sobre métodos contraceptivos? Os auxílios de decisão incluem o gráfico de métodos de planejamento familiar ou ferramentas visuais.***

- a. Raramente (<20%) b. Às vezes (21-49%) c. Muitas vezes (50-79%) d. Rotineiramente (>80%)

***Obrigado por sua participação!***

## ANEXO B

Condition	Sub-Condition	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Age		Menarche to <20 yrs:2		Menarche to <20 yrs:2		Menarche to <18 yrs:1		Menarche to <18 yrs:2		Menarche to <18 yrs:1		Menarche to <40 yrs:1	
		≥20 yrs:1		≥20 yrs:1		18-45 yrs:1		18-45 yrs:1		18-45 yrs:1		≥40 yrs:2	
Anatomical abnormalities	a) Distorted uterine cavity	4		4									
	b) Other abnormalities	2		2									
Anemias	a) Thalassemia	2		1		1		1		1		1	
	b) Sickle cell disease <sup>§</sup>	2		1		1		1		1		2	
	c) Iron-deficiency anemia	2		1		1		1		1		1	
Benign ovarian tumors	(including cysts)	1		1		1		1		1		1	
Breast disease	a) Undiagnosed mass	1		2		2*		2*		2*		2*	
	b) Benign breast disease	1		1		1		1		1		1	
	c) Family history of cancer	1		1		1		1		1		1	
	d) Breast cancer <sup>§</sup>												
	i) Current	1		4		4		4		4		4	
ii) Past and no evidence of current disease for 5 years	1		3		3		3		3		3		
Breastfeeding	a) <21 days postpartum					2*		2*		2*		4*	
	b) 21 to <30 days postpartum												
	i) With other risk factors for VTE					2*		2*		2*		3*	
	ii) Without other risk factors for VTE					2*		2*		2*		3*	
	c) 30-42 days postpartum												
	i) With other risk factors for VTE					1*		1*		1*		3*	
	ii) Without other risk factors for VTE					1*		1*		1*		2*	
d) >42 days postpartum					1*		1*		1*		2*		
Cervical cancer	Awaiting treatment	4	2	4	2	2		2		1		2	
Cervical ectropion		1		1		1		1		1		1	
Cervical intraepithelial neoplasia		1		2		2		2		1		2	
Cirrhosis	a) Mild (compensated)	1		1		1		1		1		1	
	b) Severe <sup>§</sup> (decompensated)	1		3		3		3		3		4	
Cystic fibrosis <sup>§</sup>		1*		1*		1*		2*		1*		1*	
Deep venous thrombosis (DVT)/Pulmonary embolism (PE)	a) History of DVT/PE, not receiving anticoagulant therapy												
	i) Higher risk for recurrent DVT/PE	1		2		2		2		2		4	
	ii) Lower risk for recurrent DVT/PE	1		2		2		2		2		3	
	b) Acute DVT/PE	2		2		2		2		2		4	
	c) DVT/PE and established anticoagulant therapy for at least 3 months												
	i) Higher risk for recurrent DVT/PE	2		2		2		2		2		4*	
	ii) Lower risk for recurrent DVT/PE	2		2		2		2		2		3*	
	d) Family history (first-degree relatives)	1		1		1		1		1		2	
	e) Major surgery												
	i) With prolonged immobilization	1		2		2		2		2		4	
ii) Without prolonged immobilization	1		1		1		1		1		2		
f) Minor surgery without immobilization	1		1		1		1		1		1		
Depressive disorders		1*		1*		1*		1*		1*		1*	

Key:	
1 No restriction (method can be used)	3 Theoretical or proven risks usually outweigh the advantages
2 Advantages generally outweigh theoretical or proven risks	4 Unacceptable health risk (method not to be used)

Condition	Sub-Condition	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Diabetes	a) History of gestational disease	1		1		1		1		1		1	
	b) Nonvascular disease												
	i) Non-insulin dependent	1		2		2		2		2		2	
	ii) Insulin dependent	1		2		2		2		2		2	
	c) Nephropathy/retinopathy/neuropathy <sup>†</sup>	1		2		2		3		2		3/4*	
d) Other vascular disease or diabetes of >20 years' duration <sup>†</sup>	1		2		2		3		2		3/4*		
Dysmenorrhea	Severe	2		1		1		1		1		1	
Endometrial cancer <sup>†</sup>		4	2	4	2	1		1		1		1	
Endometrial hyperplasia		1		1		1		1		1		1	
Endometriosis		2		1		1		1		1		1	
Epilepsy <sup>†</sup>	(see also Drug Interactions)	1		1		1*		1*		1*		1*	
Gallbladder disease	a) Symptomatic												
	i) Treated by cholecystectomy	1		2		2		2		2		2	
	ii) Medically treated	1		2		2		2		2		3	
	iii) Current	1		2		2		2		2		3	
	b) Asymptomatic	1		2		2		2		2		2	
Gestational trophoblastic disease <sup>†</sup>	a) Suspected GTD (immediate postevacuation)												
	i) Uterine size first trimester	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	ii) Uterine size second trimester	2*		2*		1*		1*		1*		1*	
	b) Confirmed GTD												
	i) Undetectable/non-pregnant β-hCG levels	1*	1*	1*	1*	1*		1*		1*		1*	
	ii) Decreasing β-hCG levels	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
	iii) Persistently elevated β-hCG levels or malignant disease, with no evidence or suspicion of intrauterine disease	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
iv) Persistently elevated β-hCG levels or malignant disease, with evidence or suspicion of intrauterine disease	4*	2*	4*	2*	1*		1*		1*		1*		
Headaches	a) Nonmigraine (mild or severe)	1		1		1		1		1		1*	
	b) Migraine												
	i) Without aura (includes menstrual migraine)	1		1		1		1		1		2*	
ii) With aura	1		1		1		1		1		4*		
History of bariatric surgery <sup>†</sup>	a) Restrictive procedures	1		1		1		1		1		1	
	b) Malabsorptive procedures	1		1		1		1		3		COCs: 3 P/R: 1	
History of cholestasis	a) Pregnancy related	1		1		1		1		1		2	
	b) Past COC related	1		2		2		2		2		3	
History of high blood pressure during pregnancy		1		1		1		1		1		2	
History of Pelvic surgery		1		1		1		1		1		1	
HIV	a) High risk for HIV	1*	1*	1*	1*	1		1		1		1	
	b) HIV infection					1*		1*		1*		1*	
	i) Clinically well receiving ARV therapy	1	1	1	1								If on treatment, see Drug Interactions
	ii) Not clinically well or not receiving ARV therapy <sup>†</sup>	2	1	2	1								If on treatment, see Drug Interactions

**Abbreviations:** ARV = antiretroviral; C=continuation of contraceptive method; CHC=combined hormonal contraception (pill, patch, and, ring); COC=combined oral contraceptive; Cu-IUD=copper-containing intrauterine device; DMPA = depot medroxyprogesterone acetate; I=initiation of contraceptive method; LNG-IUD=levonorgestrel-releasing intrauterine device; NA=not applicable; POP=progestin-only pill; P/R=patch/ring; SSRI=selective serotonin reuptake inhibitor; † Condition that exposes a woman to increased risk as a result of pregnancy. \*Please see the complete guidance for a clarification to this classification: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception\\_guidance.htm](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm).



Condition	Sub-Condition	Cu-IUD		LNG-IUD		Implant		DMPA		POP		CHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Pregnancy		4*		4*		NA*		NA*		NA*		NA*	
Rheumatoid arthritis	a) On immunosuppressive therapy	2	1	2	1	1		2/3*		1		2	
	b) Not on immunosuppressive therapy	1		1		1		2		1		2	
Schistosomiasis	a) Uncomplicated	1		1		1		1		1		1	
	b) Fibrosis of the liver <sup>†</sup>	1		1		1		1		1		1	
Sexually transmitted diseases (STDs)	a) Current purulent cervicitis or chlamydial infection or gonococcal infection	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
	b) Vaginitis (including <i>trichomonas vaginalis</i> and bacterial vaginosis)	2	2	2	2	1		1		1		1	
	c) Other factors relating to STDs	2*	2	2*	2	1		1		1		1	
Smoking	a) Age <35	1		1		1		1		1		2	
	b) Age ≥35, <15 cigarettes/day	1		1		1		1		1		3	
	c) Age ≥35, ≥15 cigarettes/day	1		1		1		1		1		4	
Solid organ transplantation <sup>†</sup>	a) Complicated	3	2	3	2	2		2		2		4	
	b) Uncomplicated	2		2		2		2		2		2*	
Stroke <sup>‡</sup>	History of cerebrovascular accident	1		2		2	3	3		2	3	4	
Superficial venous disorders	a) Varicose veins	1		1		1		1		1		1	
	b) Superficial venous thrombosis (acute or history)	1		1		1		1		1		3*	
Systemic lupus erythematosus <sup>†</sup>	a) Positive (or unknown) antiphospholipid antibodies	1*	1*	3*		3*		3*	3*	3*		4*	
	b) Severe thrombocytopenia	3*	2*	2*		2*		3*	2*	2*		2*	
	c) Immunosuppressive therapy	2*	1*	2*		2*		2*	2*	2*		2*	
	d) None of the above	1*	1*	2*		2*		2*	2*	2*		2*	
Thyroid disorders	Simple goiter/ hyperthyroid/hypothyroid	1		1		1		1		1		1	
Tuberculosis <sup>‡</sup> (see also Drug Interactions)	a) Nonpelvic	1	1	1	1	1*		1*		1*		1*	
	b) Pelvic	4	3	4	3	1*		1*		1*		1*	
Unexplained vaginal bleeding	(suspicious for serious condition) before evaluation	4*	2*	4*	2*	3*		3*		2*		2*	
Uterine fibroids		2		2		1		1		1		1	
Valvular heart disease	a) Uncomplicated	1		1		1		1		1		2	
	b) Complicated <sup>†</sup>	1		1		1		1		1		4	
Vaginal bleeding patterns	a) Irregular pattern without heavy bleeding	1		1		2		2		2		1	
	b) Heavy or prolonged bleeding	2*		1*	2*	2*		2*		2*		1*	
Viral hepatitis	a) Acute or flare	1		1		1		1		1		3/4*	2
	b) Carrier/Chronic	1		1		1		1		1		1	1
<b>Drug Interactions</b>													
Antiretrovirals used for prevention (PrEP) or treatment of HIV	Fosamprenavir (FPV)	1/2*	1*	1/2*	1*	2*		2*		2*		3*	
	All other ARVs are 1 or 2 for all methods.												
Anticonvulsant therapy	a) Certain anticonvulsants (phenytoin, carbamazepine, barbiturates, primidone, topiramate, oxcarbazepine)	1		1		2*		1*		3*		3*	
	b) Lamotrigine	1		1		1		1		1		3*	
Antimicrobial therapy	a) Broad spectrum antibiotics	1		1		1		1		1		1	
	b) Antifungals	1		1		1		1		1		1	
	c) Antiparasitics	1		1		1		1		1		1	
	d) Rifampin or rifabutin therapy	1		1		2*		1*		3*		3*	
SSRIs		1		1		1		1		1		1	
St. John's wort		1		1		2		1		2		2	

**Updated in 2020.** This summary sheet only contains a subset of the recommendations from the U.S. MEC. For complete guidance, see: [https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception\\_guidance.htm](https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm). Most contraceptive methods do not protect against sexually transmitted diseases (STDs). Consistent and correct use of the male latex condom reduces the risk of STDs and HIV.

## ANEXO C

# ACONSELHAMENTO CONTRACEPTIVO BASEADO NA DECISÃO COMPARTILHADA

Úrsula Monteiro Bosser  
Residente de Medicina de Família - UFOP

## Objetivos

- Aconselhar as mulheres sobre risco reprodutivo e eficácia dos métodos contraceptivos.
- Identificar pacientes de alto risco.
- Identificar contra indicações à contracepção.
- Compartilhar o conhecimento sobre as questões contraceptivas com as pacientes.
- Usar os 7 passos da tomada de decisão compartilhada.
- Discutir com confiança métodos de contracepção de longa duração (LARC) e agendar ou encaminhar as pacientes adequadamente para a colocação dessas opções.

## Importância do aconselhamento

No Brasil, a demanda não atendida por contraceptivos afeta cerca de 3 a 4 milhões de mulheres em idade reprodutiva.

Um estudo recente (IPERBA) concluiu que o grau de conhecimento das jovens adolescentes sobre métodos de contracepção é muito baixo.

Do total de nascimentos ocorridos nos últimos cinco anos, apenas 54% foram planejados para aquele momento.

O aborto é um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil

Complicações na gestação e parto têm sido a principal causa de morte de adolescentes entre 15 e 19 anos em diversos países no mundo.

20% das mães têm menos de 20 anos e 40% destas abandonam a escola para abraçar a maternidade

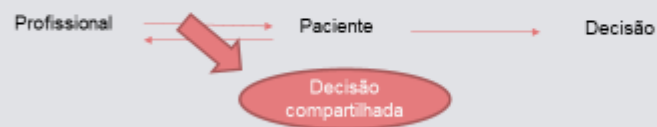
## O que as mulheres querem?

- Ter o controle da decisão mas com participação do profissional de saúde, levando em conta a opinião destes, desde que seja abrangente (incluindo efeitos colaterais) e centrada nos seus valores.
- Preferência por uma conversa familiar ou amigável com seu profissional

A tomada de decisão compartilhada é um modelo de comunicação centrado no paciente que se encaixa nesse critério e encaixa bem ao aconselhamento contraceptivo

## Tomada de decisão compartilhada

O paciente e o profissional trabalham juntos em equipe para tomar decisões com base nas melhores evidências médicas disponíveis e nos valores e crenças do paciente.





## 7 passos da decisão compartilhada

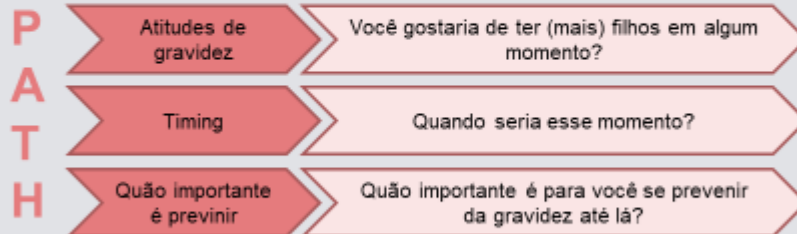


## 7 passos da decisão compartilhada



## METAS REPRODUTIVAS

Questão chave: você gostaria de engravidar no próximo ano?



### 7 passos da decisão compartilhada



### 7 passos da decisão compartilhada



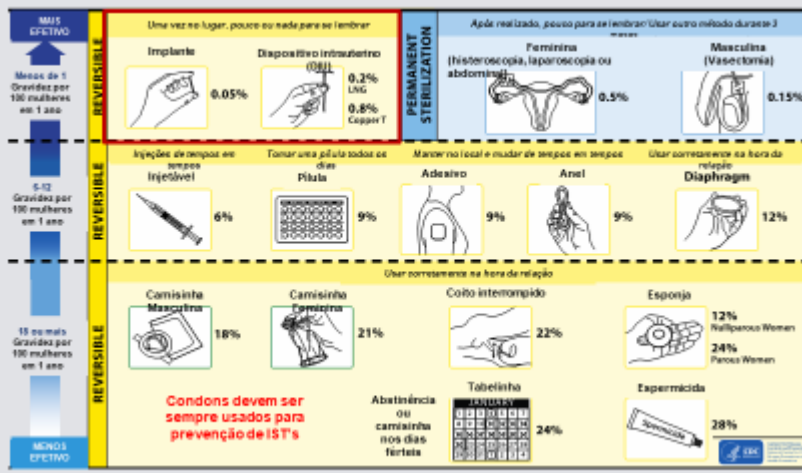
## 7 passos da decisão compartilhada



## Como discutir as opções?

- O projeto CHOICE demonstrou maior utilização de LARCs e taxas de rescisão mais baixas usando um modelo de aconselhamento estruturado baseado na eficácia de diferentes opções
- Os métodos LARC são as opções de primeira linha recomendadas pela ACOG, CDC e AAP
- Há preocupação com a diminuição da autonomia reprodutiva do paciente com a abordagem LARC First

## EFICÁCIA DOS MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR



## O que é necessário saber do DIU

- Hormonal: Mirena, Kyleena – apenas progesterona
- Não hormonal: Cobre, Prata
- Como funciona?  
Todos aumentam a viscosidade do muco cervical e previnem a implantação  
Cobre pode afetar motilidade do esperma
- Quanto tempo duram?  
Cobre – 10 anos  
Hormônio – 3-5 (3 anos Kyleena, 5 Mirena).



Foto: <http://manual.com.br/pt/aberto/brasil/brasil/casual/2015/07/18/duas-espaldas-do-di-utero>

## O que é necessário saber do DIU

### Benefícios:

- Método de contracepção muito eficaz.
- Retorno mais rápido da fertilidade após descontinuação.
- DIUS com progesterona ajudam no controle de sangramento intenso.
- Redução de Ca de endométrio.

### Risco:

- Aumento do fluxo com o DIU de cobre
- Sangramento irregular
- Cólicas no momento da inserção
- Risco raro de expulsão ou perfuração

## Mitos

- DIUS causam DIP
- Mulheres nulíparas não devem usar
- DIUS causam infertilidade
- Contra indicação por idade

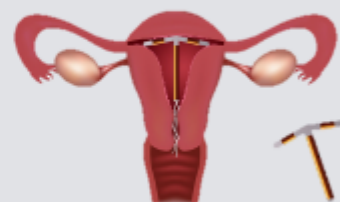
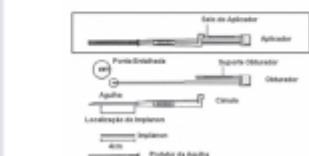


Foto: <http://www.kidney.com/pt/aberto/brasil/brasil/casual/2015/07/18/duas-espaldas-do-di-utero>

## Implante

- *Implanon* - etonogestrel
  - Como funciona a dose?
- Longa atuação de liberação lenta de progesterona  
Engrossa muco cervical e suprime a ovulação
- Quanto tempo dura? 3 anos

Figura 1 - Dispositivo aplicador do implanon® e suas partes.



Fonte: FERRITI, 2016.

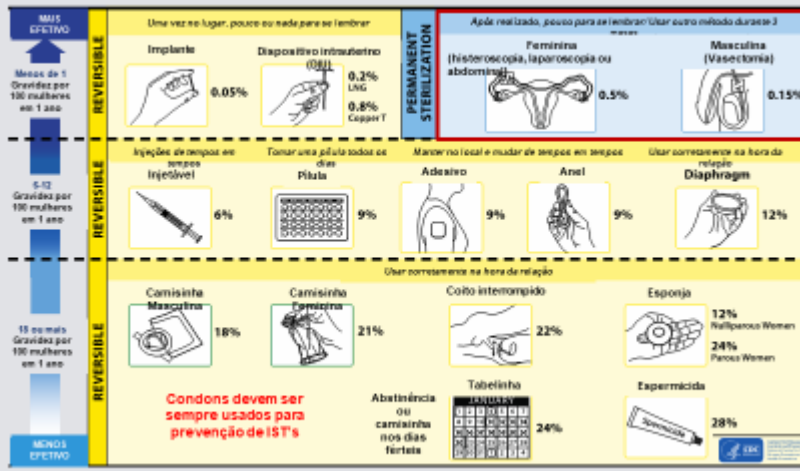
## Implante

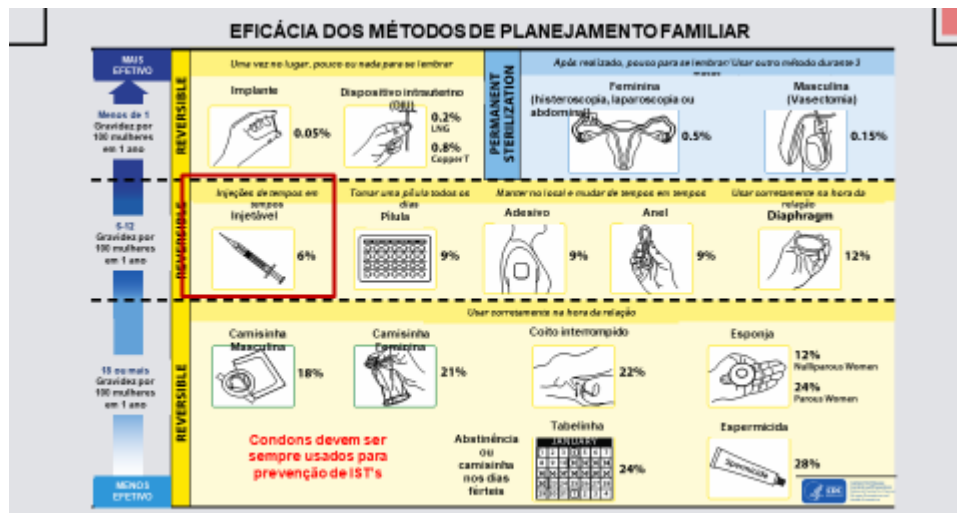


Fonte: Google

- Benefícios:
  - A opção mais eficaz para contracepção
  - A maioria das mulheres tem períodos mais leves e menos frequentes
  - Não requer um exame ginecológico
  - Excelentes opções para colocação no mesmo dia
- Risco:
  - Sangramento irregular – melhora no primeiro ano
  - Descoloração abaixo do implante
  - Pode ser difícil de remover.
  - Efeitos da Progesterona: cefaleia, dor na mama, labilidade emocional e perda de peso

### EFICÁCIA DOS MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR





## Injeção Trimestral

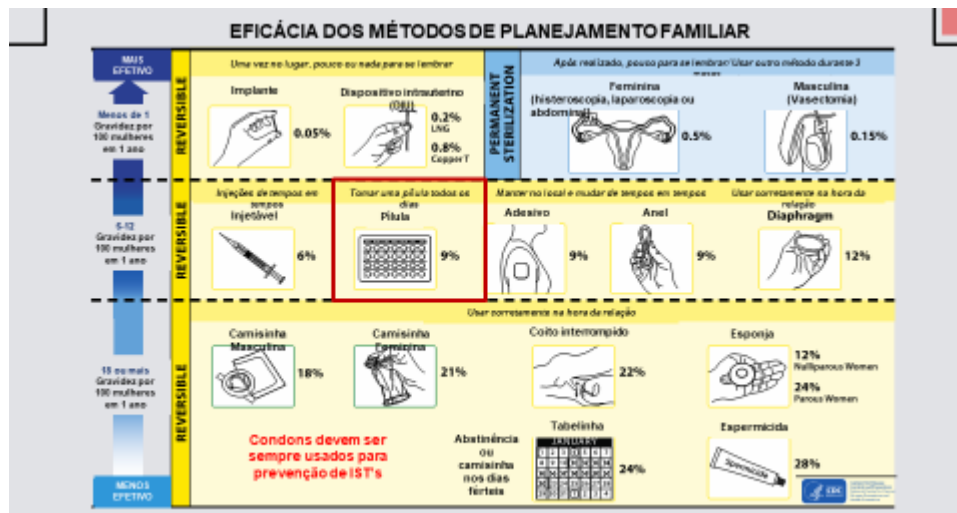
- Como funciona?  
Engrossa muco cervical e suprime ovulações
- Quanto tempo dura?  
3 meses  
Pode ser dado na clínica ou os pacientes podem administrar em casa se eles se sentirem confortáveis



Foto: <http://www.iaa.edu.com/moito-contra-0-injetavel>

## Injeção Trimestral

- |  |   |
|--|---|
| • Benefícios:  | • Risco:  |
| Eficaz e não requer uma dose diária                              | Sangramento irregular e escape  |
| Não requer um procedimento                                       | Ganho de peso   |
| Períodos menstruais mais leves e menos frequentes (50% no 1 ano) | Maior tempo de retorno da fertilidade após a descontinuação (14s a 18m) |
| Boa opção para mulheres que não se adaptam à pílulas             | Queda de cabelo ou afinamento   |
|  | Dores de cabeça, baixa libido e náuseas                                 |
|  | Redução da massa óssea  |



## ACO

- Combinadas de estrogênio e progesterona
- Como funciona?

Suprime a ovulação

Engrossa muco cervical

Afina o endométrio para evitar a implantação

- Quanto tempo dura?

1 dia por dose

- Pílulas perdidas

Tomar pílula perdida o mais rápido possível - sem backup se tomado dentro de 48 horas

2 perdidos – tome pílulas perdidas e use o método de backup por 1 semana

3 perdidos – jogue fora o pacote e comece de novo – backup por 1 semana

- Iniciar preferencialmente no 1º dia do ciclo
- Reforçar a pausa
- Não usar em mulheres amamentando antes do 6º mês

## ACO

- Benefícios:

Eficaz com uma boa conformidade

Trata sangramento menstrual intenso, miomas, endometriose, acne, TPM

Diminui o risco de câncer de ovário e endometrial

- Risco:

Sangramento irregular ou escapes – especialmente com pílulas de baixa dose

Náuseas e dor nos seios

**Risco de trombose** – aumentado para mulheres > 35 anos que fumam

PS elevada

Adenoma hepático

Interações médicas – antibióticos, antiepilépticos, antirretrovirais

# ACO

Evento adverso	Manejo clínico
Núuseas	Surgem o uso retardado ou durante as refeições. Atentar doenças do trato gastrointestinal.
Cefaleia	Identificar o tipo de cefaleia, enxaqueca ou outro tipo. Na presença de enxaqueca com aura, o AOC deve ser suspenso. Nos cefaleias leves, o uso de anti-inflamatórios pode ter efeito satisfatório. Cefaleias no período menstrual podem melhorar com o uso de pílulas sem pausa, com pequena dose estrogênica no intervalo ou com intervalos mais curtos (quatro dias). Manchas (spotting) ou sangramento intermenstrual são comuns nos três primeiros ciclos. Após este período aventar a possibilidade da troca por AOC com maior dose estrogênica. Pode-se ainda recorrer à adição de estrogênicos por duas semanas, mantendo-se o contraceptivo. Anti-inflamatórios não hormonais podem auxiliar.
Sangramento Irregular	Preferir AOCs com progestágenos antiandrogênicos (ciproterona, desipiprona ou drospirirona).
Acme	Usar menor dose estrogênica associando-se à progestágenos menos seletivos ou à drospirirona.
Mastalgia	Não existem evidências de que anticoncepcionais orais possam interferir negativamente. Deve-se identificar a causa do ganho de peso e orientar adequadamente o tratamento.
Ganho de peso	

## ACO- Contra indicações

- Idade do fumante ≥ 35 anos;
- Enxaqueca COM aura ou sintomas neurológicos focais;
- Histórico de AVC
- Doença isquêmica do coração
- Tumor dependente de estrogênio – histórico pessoal de câncer de mama
- HAS descontrolada;
- Cirrose
- Histórico de TEV/TEP, alterações de coagulação

**Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use**

**Legend:**  
 C: Contraindicated  
 U: Use with caution  
 A: Avoid  
 G: Generally acceptable  
 4: No restriction  
 3: No restriction  
 2: No restriction  
 1: No restriction

**Disclaimer:** This chart is intended to provide a summary of the medical eligibility criteria for contraceptive use. It is not intended to be used as a substitute for professional medical advice. The user should consult the full text of the medical eligibility criteria for contraceptive use for more information.



Summary Chart of U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use

Condition	Sub-Condition	1A/1B	2A/2B	3	4	5	6
Hypertension	4A Uncontrolled hypertension	1A	1B	2A	2B	3	4
	4B Controlled hypertension	1A	1B	2A	2B	3	4
	4C Hypertension on treatment with a thiazide or thiazide-like diuretic	1A	1B	2A	2B	3	4
	4D Hypertension on treatment with an ACE-inhibitor or an ARB	1A	1B	2A	2B	3	4
Hypertension treated	4E Hypertension, systolic blood pressure <160 mmHg and diastolic blood pressure <100 mmHg	1A	1B	2A	2B	3	4
	4F Hypertension, systolic blood pressure <160 mmHg and diastolic blood pressure <100 mmHg, with a history of stroke	1A	1B	2A	2B	3	4
Hypertension untreated	4G Hypertension, systolic blood pressure >=160 mmHg and diastolic blood pressure >=100 mmHg	5	6	3	4	1	2
	4H Hypertension, systolic blood pressure >=160 mmHg and diastolic blood pressure >=100 mmHg, with a history of stroke	5	6	3	4	1	2
Diabetes	5A Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides	1A	1B	2A	2B	3	4
	5B Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke	1A	1B	2A	2B	3	4
	5C Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction	1A	1B	2A	2B	3	4
	5D Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction, and a history of peripheral vascular disease	1A	1B	2A	2B	3	4
Diabetes treated	5E Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke	1A	1B	2A	2B	3	4
	5F Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction	1A	1B	2A	2B	3	4
Diabetes untreated	5G Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction	5	6	3	4	1	2
	5H Diabetes, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction, and a history of peripheral vascular disease	5	6	3	4	1	2
Hyperlipidemia	6A Hyperlipidemia, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides	1A	1B	2A	2B	3	4
	6B Hyperlipidemia, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke	1A	1B	2A	2B	3	4
Hyperlipidemia treated	6C Hyperlipidemia, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke	1A	1B	2A	2B	3	4
	6D Hyperlipidemia, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction	1A	1B	2A	2B	3	4
Hyperlipidemia untreated	6E Hyperlipidemia, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction	5	6	3	4	1	2
	6F Hyperlipidemia, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction, and a history of peripheral vascular disease	5	6	3	4	1	2
Hypothyroidism	7A Hypothyroidism, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides	1A	1B	2A	2B	3	4
	7B Hypothyroidism, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke	1A	1B	2A	2B	3	4
Hypothyroidism treated	7C Hypothyroidism, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke	1A	1B	2A	2B	3	4
	7D Hypothyroidism, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction	1A	1B	2A	2B	3	4
Hypothyroidism untreated	7E Hypothyroidism, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction	5	6	3	4	1	2
	7F Hypothyroidism, with or without diabetes, hypertension, low HDL, high LDL, or high triglycerides, with a history of stroke, and a history of myocardial infarction, and a history of peripheral vascular disease	5	6	3	4	1	2

## Formas disponíveis

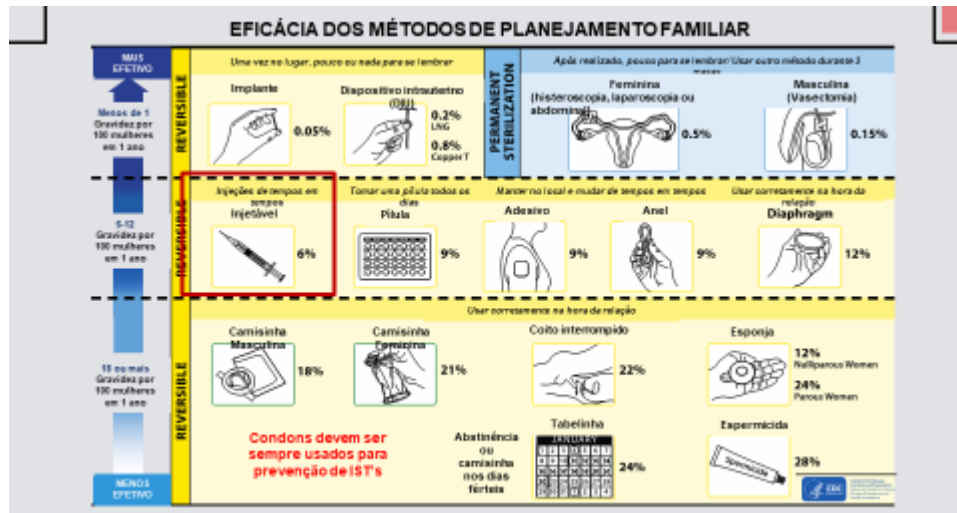
- Mono/bi/trifásica: variações de doses de hormônios
- Estrogênio - dose baixa, moderada, alta - todos estradiol  
 20mcg – Femiane, Diminut, Primera20, Tamisa 20  
 30-35mcg – Diane 35, Selene, Tamisa 30, Selene, Microvilar, Ciclo 21  
 50mcg - Anacyclin, Primovilar, Neovilar.
- Progesterona Tipo – levonorgestrel, noretindrona, norgestrel, drospirenona, desogestrel, gestodeno  
 Andrógono Baixo ou anti androgênicas: Gestodeno, Ciproterona – Femiane, Tamisa, Diane35  
 Alta: Levonorgestrel – Neovilar, Microvilar, Ciclo 21, Level
- 1ª geração (o q muda é o progestágeno): levonorgestrel associado a 50 mcg de etinilestradiol
- 2ª: <50mcg+ levonorgestrel
- 3ª: com desogestrel ou gestodeno
- Pílulas de ciclo estendida



<https://publicdomaininvestors.org/en/1ec-41pxat/birth-control-pills/80674.html>

## ACO- Qual pílula prescrever?

- Comece com monofásico
- Dose de estrogênio  
 Períodos leves - 20 mcg  
 Períodos mais pesados ou preocupados com manchas – 30-35mcg
- Tipo de progesterona  
 Se SOP ou acne usarem uma progesterona andrógona baixa

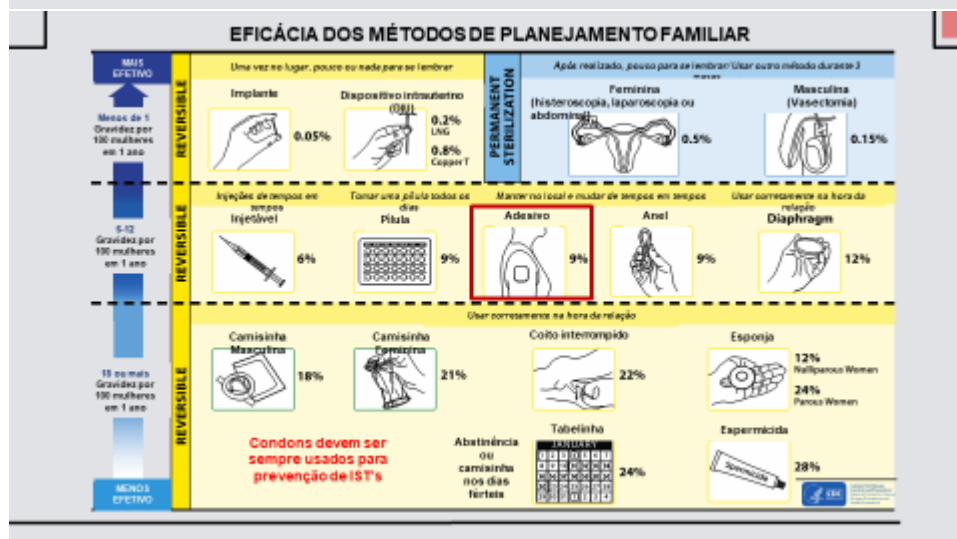


## Injetável mensal

- Composição semelhante às pílulas
- 3 formulações no Brasil (Estradiol, variando o tipo de progesterona)
- Estudos mostram que efeitos colaterais de menos intensidade
- Evita metabolismo de primeira passagem
- Retorno rápido da fertilidade
- Alteração do padrão menstrual
- Mesmos EC do ACO
- Aplicado a cada 30 dias



Fonte: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs105/en/>



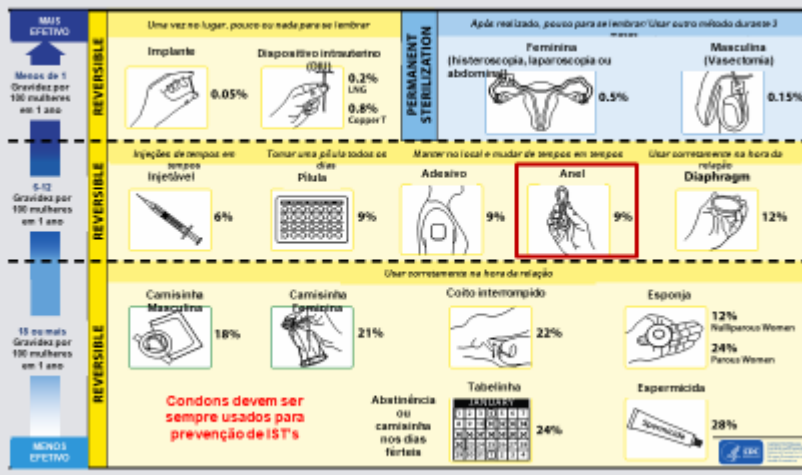
## Adesivo

- Liberação diária de estrogênio e progesterona
- Evita o metabolismo da primeira passagem – dose hormonal mais baixa
- Boa opção para síndrome desabsorptivas intestinais, dificuldade de deglutição e ebariátrica.
- Aplicar um a cada 7 dias, variando o local (abdome inferior, parte externa do braço, parte superior das nádegas, dorso superior), retirar o 3º ao final de 21 dias e pausar 7 dias.
- Pode ser de uso contínuo
- Perfil de efeito colateral semelhante aos ACOS



Fonte: <https://www.gov.br/brasil> Acesso em 10/05/2024

### EFICÁCIA DOS MÉTODOS DE PLANEJAMENTO FAMILIAR

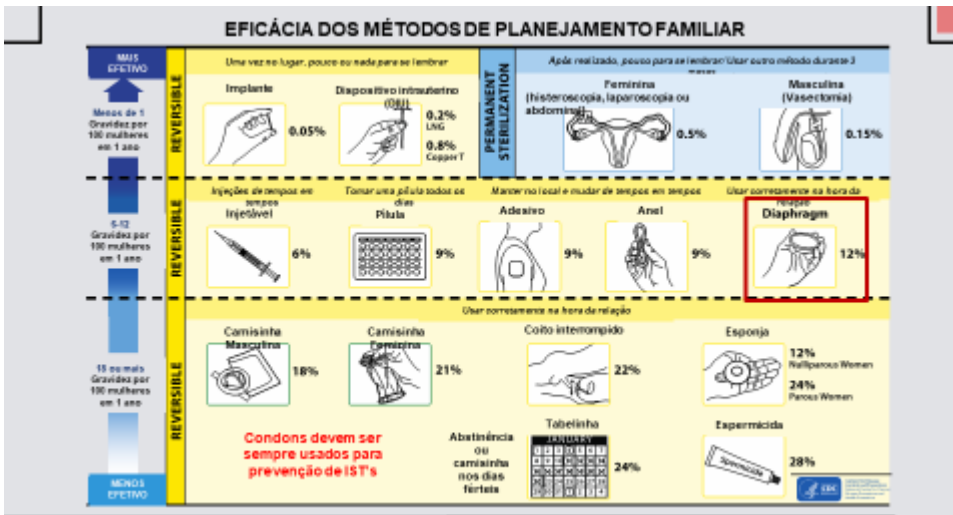


## Anel vaginal

- Método combinado de estrogênio e progesterona
- Evita o metabolismo da primeira passagem – dose hormonal mais baixa
- Deixar no lugar 3 semanas e remover por 1 semana
- Perfil de efeito colateral semelhante ao ACOs, porém com melhor controle do sangramento
- Ele pode permanecer por uma 4ª semana se o paciente quiser suprimir seu período
- Baixa incidência de sangramento irregular

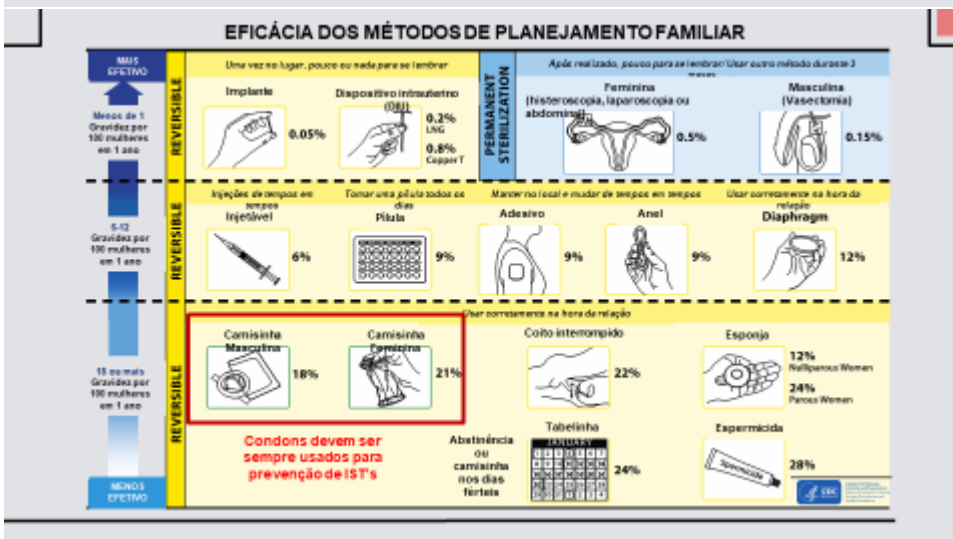


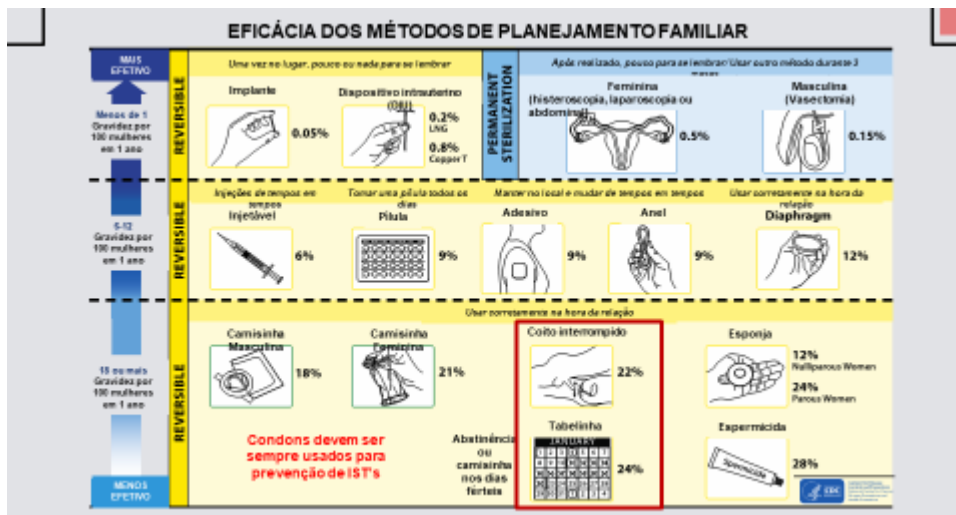
Fonte: <https://www.gov.br/brasil> Acesso em 10/05/2024



## Diaphragma

- Método de barreira
- Necessário fazer medição
- Isento de efeitos sistêmicos
- Fácil acesso e baixo custo
- Previne algumas DSTs
- Dura 3 anos
- Pode ser desconfortável
- Chance de provocar alergia





## Ginecologia natural

### Como a percepção de fertilidade pode te ajudar?

**Contraceção eficaz sem efeitos colaterais**

Reconheça seu período fértil e saiba o que fazer a cada momento do ciclo.

**Engravidar Naturalmente**

Identifique seus dias férteis, monitore sua saúde reprodutiva e aumente suas chances.

**Monitore seu ciclo menstrual**

Para cuidar de cólica, TPM, endometriose, SOP e outras doenças e sintomas.

**Diga adeus aos hormônios sintéticos**

Entenda como funcionam e como deixar de usá-los de forma responsável.

## 7 passos da decisão compartilhada



## 7 passos da decisão compartilhada



## Métodos emergenciais

- Yuzpe: duas doses de 100 mcg de etinilestradiol e 500 mcg de levonorgestrel em duas tomadas; com intervalo de 12 horas; sendo a primeira tomada a mais próxima possível da atividade sexual desprotegida e no máximo após 72 horas deste.
- Levonorgestrel isolado: 1,5 mg em dose única ou fracionada em duas tomadas, com intervalo de 12 horas
- DIU: até 7 dias após relação.  
Estudos sugerem que a eficácia seja superior a dos esteroides em contracepção emergencial.

## 7 passos da decisão compartilhada



## REFERÊNCIAS

- ALLEN D, et al. **One Key Question: First things first in reproductive health.** *Mat and Child Health J.* 2017;21(3):387-392.
- BONNY, A.; SECIC, M. e CROMER, B. Early weight gain related to later weight gain in adolescents on depot medroxyprogesterone acetate. *Obstet Gyn* 2009;117:793-7.
- CWIAK, C. **Combined oral contraceptives (COCs).** In: HATCHER, R. *Contraceptive technology.* New York, NY : Ayer Company Publishers, 2018. p 263-310.
- COSTA et al. <https://brasil.un.org/pt-br/73738-quase-metade-das-gestacoes-no-brasil-nao-e-planejada-destaca-fundo-de-populacao-da-onu>  
<https://www.scielo.br/j/csc/a/8LRYdgSMzMW4SDDQ65zzFHx/?lang=pt> 2016
- DEAN, G. **Intrauterine devices (IUDs).** Em: HATCHER, R. *Contraceptive technology.* New York, NY: Ayer Company Publishers, 2018, p. 157-193.

## REFERÊNCIAS

- DEHLENDORF, C.; KRAJEWSKI, C.; BORRERO, S. **Contraceptive Counseling: Best Practices to Ensure Quality Communication and Enable Effective Contraceptive Use** *CLINICAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY*, v. 57, n. 4, p. 659-673, 2014.
- FINOTTI, M. **Manual de Anticoncepção – FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO),** 2015.
- GEIST C, et al. **Beyond intent: exploring the association of contraceptive choice with questions about Pregnancy Attitudes, Timing and How important is pregnancy prevention (PATH) questions.** *Contraception* 2019; 99(1):22-26.
- GODOLPHIN W. **Shared decision-making.** *Health Q.* 2009;12:e186-e190
- NELSON A.; CRABTREE D.; GRENTZER J. **Contraception Implant.** Em: *The Contraception Technology.* Ayer Company Publishing. 2018; p-129-155

## REFERÊNCIAS

- RUSIECKI, J., et al. **An Innovative Shared Decision-Making Curriculum for Internal Medicine Residents: Findings from the University of Pittsburgh Medical Center.** *Academic Medicine.* v. 93 n.6, p. 937-942, 2018.
- SECURA G, et al. **O Projeto Escolha Contraceptiva: redução de barreiras à contracepção reversível de longa duração.** *Am J Obstet Gynecol.* 2010; 203: 115e-7.
- SEEGER, JD, et al. **Risk of thromboembolism in women taking ethinylestradiol/drospirenone and other oral contraceptives.** *Obstet Gyn*, 2007, v. 110 p. 587-593

## ANEXO D

### ***Consultoria contraceptiva e pesquisa de tomada de decisão compartilhada***

---

Esta pesquisa foi criada para coletar informações sobre seu conhecimento e experiência com o fornecimento de aconselhamento contraceptivo e a prática de tomada de decisões compartilhadas na atenção primária, após o treinamento. Por favor, responda com base em seus conhecimentos e experiência atuais.

#### **Seção 1** (perguntas relacionadas à saúde da mulher).

***Qual importância você atribui ao seu aprendizado sobre o aconselhamento contraceptivo?***

- a. Muito Importante   b. Importante   c. Moderado   d. Pouco importante   e. Sem importância

***Quão importante para sua carreira você considera esse momento de aprendizado?***

- a. Muito Importante   b. Importante   c. Moderado   d. Pouco importante   e. Sem importância

***Que barreiras você encontrou que afetam sua capacidade de aconselhar seus pacientes sobre contracepção? Selecione tudo o que se aplica:***

- j. Não recebi treinamento adequado ou educação sobre contracepção
- k. Não me sinto confortável falando com pacientes sobre problemas de saúde reprodutiva
- l. Não tenho tempo.
- m. Eu sinto que os especialistas (ginecologistas) são mais hábeis nessas discussões
- n. Há muitas opções disponíveis e eu me sinto sobrecarregado guiando o paciente através desta discussão
- o. Eu não sinto que a questão é tão aguda quanto as outras preocupações médicas do paciente
- p. Eu não sinto que este é um grande foco dentro da minha prática clínica
- q. Eu raramente preciso aconselhar pacientes sobre opções contraceptivas
- r. Outros, por favor, descrevam:

***Você se sente confortável aconselhando um paciente sobre os métodos contraceptivos?***

***Selecione tudo o que se aplica:***

- n. Preservativos (masculino ou feminino)
- o. Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel)
- p. Pílulas somente de progesterona
- q. Injeções
- r. Implantes subdérmicos



- s. Dispositivo ou sistema intrauterino (Mirena ou Cobre)
- t. Outros contraceptivos de barreira (diafragmas, espermicidas)
- u. Esterilização permanente (laqueadura tubária, vasectomia)
- v. Abstinência periódica (planejamento familiar natural, "tabelinha")
- w. Abstinência
- x. Coito interrompido
- y. Contracepção de emergência
- z. Nenhum

**Quão confiante você se sente aconselhando a colocação de métodos contraceptivos de longa duração (Dispositivos intra uterinos e Implanon) na atenção primária?**

- a. Muito confiante   b. Confiante   c. Moderado   d. Às vezes confiante   e. Não confiant

## **Seção 2**

As seguintes perguntas referem-se ao seu conhecimento sobre métodos contraceptivos, efeitos colaterais e contra-indicações.

**Uma paciente e seu marido sentem que sua família está completa e não desejam mais filhos. Por favor, classifique a eficácia dos seguintes métodos (1=mais eficaz, 5= menos eficaz)**

- |  |                        |
|--|------------------------|
| ___ Preservativos (masculino ou feminino)                          | ___ Mirena IUD         |
| ___ Implante   | ___ Laqueadura tubária |
| ___ Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel) |                        |

**Uma paciente jovem que mantém relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros NÃO deve ter um DIU porque aumentará ainda mais o risco de DIP (doença inflamatória pélvica). Esta afirmação é:**

- a. Verdadeira   b. Falsa   c. Não tem certeza

**Qual dos seguintes é um efeito colateral comum da injeção trimestral?**

- f. Ganho de peso
- g. Sangramento intermitente e imprevisível
- h. Eficácia reduzida de antibióticos
- i. Qualquer um dos acima
- j. Nenhum dos acima

**Um fumante de 30 anos com histórico de enxaqueca com aura está interessado em iniciar uma pílula anticoncepcional hormonal combinada. Qual é a sua preocupação?**

- e. Ela pode ter enxaquecas mais graves ou frequentes.
- f. Iniciar contracepção hormonal combinada aumenta muito o risco de AVC em pacientes com enxaquecas com aura
- g. Iniciar QUALQUER forma de contracepção hormonal aumenta muito o risco de AVC em pacientes com enxaquecas com aura
- h. Sem preocupações

**Mulheres com hipertensão mal controlada podem ser capazes de usar qual dos métodos contraceptivos a seguir? Selecione tudo o que se aplica:**

- g. Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel)
- h. Métodos de progesterona (pílulas ou injeções)
- i. Dispositivo ou sistema intrauterino
- j. Contracepção de emergência
- k. Qualquer um dos acima
- l. Nenhum dos acima

**Quais das seguintes formas de contracepção podem ser usadas para melhorar o sangramento menstrual intenso? Selecione tudo o que se aplica:**

- h. Contraceptivos hormonais combinados (pílulas, adesivo ou anel)
- i. Métodos somente progestina (pílulas ou injeções de depósito)
- j. Mirena
- k. Dispositivo intrauterino de cobre
- l. Implanon
- m. Qualquer um dos acima
- n. Nenhum dos acima

### **Seção 3**

As perguntas a seguir estão relacionadas ao seu conhecimento sobre a tomada de decisões compartilhadas.

**Qual a importância da tomada de decisão compartilhada para você?**

- a. Muito Importante   b. Importante   c. Moderado   d. Pouco importante   e. Sem importância

**Qual dos seguintes é um elemento de tomada de decisão compartilhada? Selecione tudo o que se aplica**

- e. Desenvolver uma parceria com outros membros da equipe de saúde para tratar mulheres em idade reprodutiva
- f. Trabalhar para aumentar a "conversa de mudança" do paciente em relação ao sexo desprotegido
- g. Ajudar o paciente a fazer a escolha mais consciente de custo ao selecionar entre um DIU e pílulas contraceptivas orais
- h. Identificar as preocupações e expectativas dos pacientes de selecionar um método de contracepção

**A tomada de decisão compartilhada deve ser usada em qual das seguintes situações clínicas?**

- e. Quando uma paciente não toma seus comprimidos contraceptivos orais todos os dias
- f. Para aconselhamento de um paciente sobre a frequência do rastreamento de mamografia
- g. Fornecer educação ao paciente sobre práticas sexuais seguras
- h. Prescrevendo um curso curto de antibióticos para uma UTI