



Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Especializada à Saúde
Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência

Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Gestão do Cuidado Integral

NOTA TÉCNICA CONJUNTA Nº 31/2026-DAHUD/SAES/DGCI/SAPS/MS

1. ASSUNTO

1.1. Recomendações técnicas para a inserção de dispositivos intrauterinos (DIU) e implantes subdérmicos no pós-evento obstétrico em maternidades da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil.

2. ANÁLISE

2.1. A atenção integral à saúde sexual e reprodutiva constitui um eixo estruturante da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e da organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estando diretamente relacionada à garantia dos direitos sexuais e reprodutivos e à promoção da autonomia das mulheres (BRASIL, 1988; BRASIL, 1996; BRASIL, 2011).

2.2. A Rede Cegonha, instituída pela Portaria GM/MS nº 1.459/2011, e sua atualização conceitual e operacional por meio da Rede Alyne, instituída pela Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, inserida na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, Anexo II, reafirmam o compromisso do SUS com a qualificação da atenção obstétrica e neonatal e do planejamento reprodutivo orientada pelos princípios da integralidade, equidade, humanização e justiça reprodutiva (BRASIL, 2011; BRASIL, 2024).

2.3. A Rede Alyne incorpora, de forma transversal, o planejamento reprodutivo, o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos e a promoção da autonomia das mulheres, em consonância com o art. 226, §7º, da Constituição Federal de 1988, com a Lei nº 9.263/1996 que versa sobre o Planejamento Familiar e com a Lei nº 14.443/2022, que ampliou o acesso à esterilização voluntária e reforçou o princípio da liberdade reprodutiva.

2.4. Nesse contexto, a oferta qualificada e oportuna de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, como o dispositivo intrauterino (DIU) e o implante subdérmico de etonogestrel, no pós-evento obstétrico, constitui estratégia prioritária para a prevenção da gravidez não planejada, a redução de intervalos intergestacionais curtos e a garantia do direito ao planejamento reprodutivo informado, voluntário e livre de coerção. (OMS, 2015; BRASIL, 2016; FEBRASGO, 2018).

3. FUNDAMENTAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA

3.1. As evidências científicas nacionais e internacionais reconhecem a segurança, eficácia, aceitabilidade e custo-efetividade dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC- Long Acting Reversible Contraceptives) quando ofertados no pós-parto, pós-abortamento ou após interrupção gestacional prevista em lei (OMS, 2015; OMS, 2025; BRASIL, 2016; FEBRASGO, 2018; 2021; HARRISON; GOLDENBERG, 2017).

3.2. De acordo com o Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015; OMS, 2025), os Critérios Médicos de Elegibilidade para o Uso de Contraceptivos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016) e pelas diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2018; 2021), a inserção do DIU e do implante subdérmico de etonogestrel são consideradas práticas seguras e recomendadas, desde que observadas as condições clínicas da mulher e as boas práticas assistenciais. Tais diretrizes reconhecem a segurança, eficácia e custo-efetividade dos métodos LARC no pós-parto, pós-abortamento e após interrupção gestacional prevista em lei.

3.3. Implante Subdérmico

3.3.1. Em relação ao implante subdérmico, a condição clínica da usuária paciente no momento da inserção determina sua classificação de elegibilidade:

- Pós-parto entre 48 horas e 4 semanas após o parto: o implante subdérmico é classificado como Categoria 2, ou seja, os benefícios do uso superam os riscos potenciais, devendo ser considerada a condição clínica da mulher e das pessoas que podem gestar, bem como a situação do aleitamento materno (OMS, 2015; BRASIL, 2016).
- Pós-abortamento o implante subdérmico é classificado como Categoria 1, podendo ser utilizado de forma imediata, segura e sem restrições, desde que observadas as condições clínicas da mulher e das pessoas que podem gestar (OMS, 2015; BRASIL, 2016).

3.4. Dispositivo Intrauterino (DIU)

3.4.1. O DIU de cobre e o DIU hormonal são classificados como Categoria 1 (uso sem restrições) nos contextos de pós-parto imediato, pós-parto tardio, pós-abortamento e interrupção gestacional prevista em lei, desde que inexistam contraindicações clínicas específicas (OMS, 2015; BRASIL, 2016).

3.4.2. O documento *Saúde sexual e saúde reprodutiva* do Ministério da Saúde reforça que a oferta de métodos contraceptivos deve ocorrer de forma ampla, informada, voluntária e integrada à atenção obstétrica, fundamentada no respeito à autonomia da mulher, na tomada de decisão compartilhada e na avaliação das condições clínicas individuais. O aconselhamento deve ser realizado pautado pela ética, livre de coerção e baseado em evidências científicas (BRASIL, 2013).

3.4.3. Ademais, os serviços hospitalares configuram importantes pontos estratégicos de atenção para o acolhimento de mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, devendo assegurar o acesso oportuno às medidas de anticoncepção de emergência. Nesse contexto, o dispositivo intrauterino de cobre é reconhecido pela Organização Mundial da Saúde e pela FEBRASGO como método contraceptivo de emergência de elevada eficácia, quando inserido até cinco dias após a relação sexual desprotegida ou após a ocorrência de violência sexual, apresentando taxas superiores de prevenção da gravidez quando comparado aos métodos hormonais orais e integrando a atenção integral às vítimas de violência sexual no âmbito do SUS (OMS, 2015; FEBRASGO, 2018; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016).

4. JUSTIFICATIVA E IMPACTO ESPERADO

4.1. A ampliação da inserção de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) nas maternidades apresenta potencial para:

- Reduzir significativamente a ocorrência de gestações não planejadas no puerpério, bem como de intervalos intergestacionais curtos, associados ao aumento de complicações obstétricas;
- Promover a autonomia reprodutiva e o planejamento reprodutivo informado, fortalecendo os princípios da equidade, integralidade e direitos humanos na atenção à saúde das mulheres;
- Aumentar as taxas de continuidade de uso e satisfação das usuárias com os métodos ofertados, a médio e longo prazos;
- Reduzir eventos adversos maternos e neonatais, contribuindo para a redução da mortalidade materna e para o aumento da efetividade das ações de planejamento reprodutivo.

4.2. Abrangência Assistencial

4.2.1. A oferta e a inserção do DIU e do implante subdérmico no âmbito das maternidades integram a atenção especializada à saúde materna e infantil e devem ser incorporadas como parte da rotina assistencial dos serviços de atenção ao parto e ao nascimento da Rede Alayne (BRASIL, 2016; OMS, 2015; FEBRASGO, 2018).

4.2.2. A abrangência assistencial compreende o atendimento às mulheres e pessoas que podem gestar nos contextos de parto vaginal e operação cesariana, com possibilidade de inserção no pós-parto imediato, no pós-parto tardio ou previamente à alta hospitalar, desde que observados os critérios de elegibilidade clínica e garantindo o consentimento livre e esclarecido.

4.2.3. Inclui, igualmente, a atenção às mulheres em situação de abortamento espontâneo e àquelas submetidas à interrupção gestacional prevista em lei, para as quais a inserção imediata do DIU ou do implante subdérmico é reconhecida como prática segura, eficaz e recomendada, contribuindo para a prevenção de gestações não planejadas e para a redução de intervalos intergestacionais curtos.

4.2.4. O escopo assistencial contempla, ainda, o atendimento às mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, considerando as maternidades como pontos estratégicos da Rede de Atenção à Saúde para esse atendimento. Nesses casos, deve ser assegurado o acesso oportuno às medidas de anticoncepção de emergência, com destaque para o DIU de cobre, quando indicado, em conformidade com as normativas técnicas vigentes, associado ao cuidado integral, humanizado e articulado com a rede de proteção social e psicossocial.

4.2.5. A atenção às adolescentes deve observar a legislação vigente, assegurando o direito ao acesso à contracepção, o sigilo profissional e o respeito à autonomia progressiva, conforme as normativas do SUS e do Estatuto da Criança e do Adolescente.

5. DIRETRIZES TÉCNICAS PARA IMPLEMENTAÇÃO

5.1. Oferta, aconselhamento e consentimento

5.2. O planejamento reprodutivo deve integrar de forma transversal o cuidado pré-natal, a atenção ao parto e o puerpério, assegurando aconselhamento contínuo, baseado em evidências científicas e no respeito à decisão.

5.2.1. A oferta de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração deve integrar a rotina assistencial da atenção ao parto e ao nascimento, com aconselhamento em planejamento reprodutivo realizado de forma contínua, preferencialmente desde o pré-natal, sendo reforçado durante a internação e no puerpério imediato.

5.2.1. O aconselhamento deve ser conduzido com base em informações claras, atualizadas e fundamentadas em evidências científicas, respeitando a autonomia da mulher ou de pessoas que podem gestar, a tomada de decisão informada e a voluntariedade da escolha, sendo vedada qualquer forma de coerção,

indução ou condicionamento do cuidado à aceitação do método.

5.2.2. A inserção do DIU ou do implante subdérmico deve ser precedida da obtenção do consentimento livre e esclarecido, preferencialmente antes do evento obstétrico ou do procedimento de interrupção gestacional prevista em lei. A decisão da usuária ou usuário deve ser devidamente registrada em prontuário.

5.2.3. O consentimento poderá ser reafirmado no momento da inserção, sendo assegurado o direito à revisão ou mudança a qualquer tempo, sem prejuízo da continuidade do cuidado em saúde (BRASIL, 2013; OMS, 2015).

5.3. **Critérios Clínicos e Momentos de Inserção**

5.3.1. Os serviços devem adotar protocolos institucionais que definam os critérios de elegibilidade clínica e os momentos apropriados para a inserção dos métodos, desde que inexistam contraindicações clínicas.

5.3.2. A avaliação clínica individualizada deve preceder a inserção do método, considerando as condições de saúde da usuária ou usuário, o contexto assistencial e as diretrizes técnicas do Ministério da Saúde, da Organização Mundial da Saúde e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (OMS, 2015; BRASIL, 2016).

5.4. **Momentos recomendados para inserção:**

- Inserção do DIU no pós-dequitação placentária: até 10 minutos após a dequitação da placenta, ou até 48 horas após o parto;
- Inserção do implante subdérmico no pós-parto: a partir de 24 horas após o parto;
- Inserção do implante subdérmico no pós-abortamento ou após interrupção gestacional prevista em lei: de forma imediata, desde que inexistam contraindicações clínicas.

5.5. **Fluxos Assistenciais e Responsabilidades Profissionais**

5.5.1. Devem ser estabelecidos fluxos assistenciais claros e formalizados, com definição das responsabilidades dos profissionais envolvidos no aconselhamento, na avaliação clínica, na inserção dos métodos, no manejo de intercorrências e no encaminhamento para seguimento pós-alta. A atuação deve ocorrer de forma multiprofissional e integrada, assegurando continuidade do cuidado e articulação com a Atenção Primária à Saúde.

5.6. **Capacitação e Habilitação Profissional**

5.6.1. Os serviços devem promover estratégias de educação permanente, com vistas à atualização técnica das equipes, à padronização das práticas assistenciais e ao fortalecimento da qualidade e da segurança do cuidado.

5.6.2. A legalidade, segurança jurídica e o respaldo técnico da atuação de médicos(as) e enfermeiros(as) devidamente qualificados(as) para a inserção e retirada de LARC, observadas as normativas específicas de cada categoria profissional, encontram amparo na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas da Saúde, na Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde e em demais legislações e normativas sanitárias vigentes (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990; BRASIL, 2011).

5.6.3. A inserção e a remoção do implante subdérmico de etonogestrel constituem procedimentos que podem ser executados por profissionais qualificados e devidamente habilitados, com capacitação específica em planejamento familiar e reprodutivo, conforme normatizado pela Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 802, de 16 de janeiro de 2026 (COFEN, 2026), em ambiente institucional e seguindo protocolos assistenciais baseados em evidências, assim como por profissionais da categoria médica.

5.6.4. A organização das iniciativas pedagógicas para formação e qualificação de profissionais deve ocorrer de forma articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, Escolas de Saúde Pública, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e universidades públicas estaduais ou federais, integrando os programas de Residência Multiprofissional em Saúde, Residência Uniprofissional em Enfermagem Obstétrica, Residência em Enfermagem em Saúde da Família e Comunidade, e as residências médicas em Medicina de Família e Comunidade ou Ginecologia e Obstetrícia, de modo a fortalecer a formação em serviço e a qualificação técnica para atuação no Sistema Único de Saúde (SUS) (MEC/MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO; EBSERH; gestores estaduais e municipais de saúde).

5.7. **Infraestrutura, Insumos e Segurança Assistencial**

5.7.1. Os procedimentos devem ser realizados em ambiente adequado, com garantia da disponibilidade de insumos, materiais e equipamentos necessários, observadas as condições de assepsia, biossegurança e boas práticas clínicas. A organização da assistência deve assegurar que a inserção do método não implique atraso injustificado na alta hospitalar.

5.8. **Registro, Informação e Monitoramento**

5.8.1. É obrigatória a realização do registro adequado da inserção, revisão e retirada dos métodos contraceptivos em prontuário da usuária ou usuário e nos sistemas de informação do SUS, com utilização dos códigos correspondentes do Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS (SIGTAP) e da 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10).

5.8.2. Para fins de registro no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) ou Sistema de Informação

Hospitalar (SIH) do SUS, devem ser utilizados os seguintes códigos da Tabela SIGTAP:

- 03.01.04.014-1 – Inserção do dispositivo intrauterino (DIU);
- 03.01.04.017-6 – Inserção do implante subdérmico liberador de etonogestrel;
- 03.01.04.015-0 – Retirada do dispositivo intrauterino (DIU);
- 03.01.04.018-4 – Retirada do implante subdérmico liberador de etonogestrel.

5.8.3. Devem ser registrados, conforme o caso, os seguintes códigos CID: Z300 (aconselhamento geral sobre contracepção), Z30.8 (outro procedimento anticoncepcional), Z30.9 (procedimento anticoncepcional não especificado).

5.8.4. Os serviços devem monitorar indicadores relacionados à oferta, inserção, retirada e continuidade dos métodos, utilizando essas informações para a avaliação contínua da qualidade da assistência e para o aprimoramento dos processos de trabalho.

5.9. Manejo de Intercorrências

5.9.1. O manejo das intercorrências deve contemplar a identificação precoce de eventos adversos, com diferenciação conforme o método utilizado.

5.9.2. Para o dispositivo intrauterino (DIU), devem ser considerados: dor pélvica persistente, sangramento uterino anormal, sinais de infecção, suspeita de perfuração uterina, expulsão parcial ou total do dispositivo e falha do método.

5.9.3. Para o implante subdérmico de etonogestrel, incluem-se: dor local persistente, hematoma, infecção no sítio de inserção, dificuldade de localização ou palpação do implante, migração do dispositivo e alterações do padrão menstrual.

5.9.4. Deve ser assegurada avaliação clínica imediata, com realização de exame físico e, quando indicado, exames complementares, bem como a adoção de condutas assistenciais compatíveis com a gravidade do quadro, incluindo analgesia, antibioticoterapia, retirada do método quando clinicamente indicada ou mediante solicitação da usuária, e encaminhamento para serviços de maior complexidade, quando necessário (OMS, 2015; FEBRASGO, 2018).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6.10. O Ministério da Saúde, por meio da Rede Alyne, reafirma seu compromisso com a ampliação do acesso a métodos contraceptivos seguros, eficazes e de longa duração, fortalecendo a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva no âmbito do SUS. A disponibilização dos LARC representa avanço significativo na promoção dos direitos das mulheres e adolescentes e na qualificação das ações de planejamento reprodutivo na Atenção Primária e na Atenção Especializada à Saúde.

6.11. A inserção de DIU e implante subdérmico após eventos obstétricos configura-se como estratégia prioritária para a ampliação do acesso oportuno à contracepção, prevenção de gestações não planejadas e a qualificação da atenção materna e neonatal. Essa prática deve ser incorporada como rotina assistencial nos serviços de atenção ao parto e ao nascimento, incluindo maternidades e Centros de Parto Normal integrantes da Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil, assegurando continuidade do cuidado, equidade no acesso e articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde.

7. BASE NORMATIVA E TÉCNICA

7.1. A presente nota técnica fundamenta-se na Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, especialmente nos artigos 196 e 226, §7º, que asseguram o direito à saúde e ao planejamento familiar; na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que organiza o Sistema Único de Saúde (SUS); na Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, que dispõe sobre o planejamento familiar; e na Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022, que atualiza a legislação referente à autonomia reprodutiva e amplia o acesso à esterilização voluntária.

7.2. A nota técnica também se ancora nas Portarias GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha, e nº 5.350, de 12 de setembro de 2024, que institui a Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne, bem como na Portaria de Consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as redes do SUS.

7.3. No âmbito técnico-assistencial, fundamenta-se na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2011), no documento *Saúde sexual e saúde reprodutiva* (Ministério da Saúde, 2013), nos *Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais* (Ministério da Saúde, 2016) e nas normativas técnicas para atenção às pessoas em situação de violência sexual (Ministério da Saúde, 2012).

7.4. Internacionalmente, a presente nota técnica está alinhada às diretrizes da Organização Mundial da Saúde, especialmente ao *Medical eligibility criteria for contraceptive use* (5ª ed., 2015; 6ª ed., 2025) e ao *Family planning: a global handbook for providers* (3ª ed., 2018), bem como aos compromissos assumidos pelo Brasil na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ONU, 2015).

7.5. No campo profissional e científico, fundamenta-se nas diretrizes da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), expressas no *Manual de Contracepção* (2018) e no documento *Contracepção no pós-parto e pós-aborto* (2021), bem como na Resolução do Conselho Federal de Enfermagem nº 802, de 16 de janeiro de 2026, que normatiza a atuação do enfermeiro no planejamento familiar.

e reprodutivo, incluindo a inserção e retirada de implantes subdérmicos.

8. REFERÊNCIAS

- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o §7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 15 jan. 1996. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Lei nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263/1996, que trata do planejamento familiar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 set. 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14443.htm Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 31 dez. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Cadernos de Atenção Básica, n. 26. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva_cab26.pdf Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/criterios_medicos_elegibilidade_metodos_anticoncepcionais.pdf Acesso em: 24 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui a Rede Cegonha. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html Acesso em: 23 jan. 2026.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.350, de 12 de setembro de 2024. Institui a Rede de Atenção Materna e Infantil – Rede Alyne. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 12 set. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br> Acesso em: 23 jan. 2026.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Resolução COFEN nº 802, de 16 de janeiro de 2026. Atualiza o Anexo da Resolução COFEN nº 690/2022, que normatiza a atuação do enfermeiro no planejamento familiar e reprodutivo. Brasília: COFEN, 2026. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-802-de-16-de-janeiro-de-2026/> Acesso em: 5 fev. 2026.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de contracepção**. São Paulo: FEBRASGO, 2018. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/livros/item/1479-manual-de-contracepcao> Acesso em: 24 jan. 2026.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Contracepção no pós-parto e pós-aborto**. São Paulo: FEBRASGO, 2021. Disponível em: <https://www.febRASGO.org.br/pt/series/item/1685-contracepcao-no-pos-parto-e-pos-aborto> Acesso em: 24 jan. 2026.
- HARRISON, M. S.; GOLDENBERG, R. L. Immediate postpartum use of long-acting reversible contraceptives in low- and middle-income countries. *Maternal Health, Neonatology and Perinatology*, v. 3, p. 24, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s40748-017-0063-z> Acesso em: 23 jan. 2026.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando nosso mundo: a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Nova York: ONU, 2015. Disponível em: <https://sdgs.un.org/2030agenda> Acesso em: 23 jan. 2026.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 5. ed. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158> Acesso em: 23 jan. 2026.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 6. ed. Geneva: WHO, 2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240115583> Acesso em: 5 fev. 2026.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Family planning: a global handbook for providers**. 3. ed. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705> Acesso em: 23 jan. 2026.

9. CONTATOS

Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência - DAHUD/SAES/MS

Email: dahud@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-6158

Coordenação Núcleo Rede Alyne

Email: redealyne.saes@saude.gov.br

Telefone: (61) 3315-6158

[Departamento de Gestão do Cuidado Integral - DGCI](#)

Telefone: (61) 3315-9153

[Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres](#)

Telefone: (61) 3315-6219

[Coordenação-Geral de Atenção à Saúde das Crianças, Adolescentes e Jovens](#)

Telefone: (61) 3315-9071

MOZART JÚLIO TABOSA SALES

Secretário

Secretaria de Atenção Especializada à Saúde - SAES/MS

ANA LUIZA F. R. CALDAS

Secretária

Secretaria de Atenção Primária à Saúde - SAPS/MS



Documento assinado eletronicamente por **Thatiane Cristhina de Oliveira Torres, Diretor(a) do Departamento de Atenção Hospitalar, Domiciliar e de Urgência substituto(a)**, em 18/02/2026, às 16:36, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mozart Julio Tabosa Sales, Secretário(a) de Atenção Especializada à Saúde**, em 25/02/2026, às 08:55, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Mariana Seabra Souza Pereira, Coordenador(a)-Geral de Atenção à Saúde das Mulheres**, em 02/03/2026, às 09:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Ana Luiza Ferreira Rodrigues Caldas, Secretário(a) de Atenção Primária à Saúde**, em 02/03/2026, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karina Correa Wengerkievicz, Diretor(a) do Departamento de Gestão do Cuidado Integral**, em 02/03/2026, às 20:52, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no § 3º, do art. 4º, do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#); e art. 8º, da [Portaria nº 900 de 31 de Março de 2017](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.saude.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **0053298221** e o código CRC **4825E3F7**.