

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

**VOLTA REDONDA
MAIO/2022**

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA**

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Trabalho apresentado ao Curso de
Medicina do UNIFOA como parte dos
requisitos para aprovação no módulo VIII.

Alunos:

Barbara Brandt Moura
Bernardo Rodrigues Lourenço

Orientadora:

MSc. Lara Danielle Nowak

**VOLTA REDONDA
2022**

RESUMO

O planejamento familiar é um tema de saúde pública de extrema relevância, no qual se destaca o uso e conhecimento de métodos contraceptivos, que são capazes de promover uma vida sexual ativa com um menor risco de gravidez indesejada. O presente estudo teve como objetivo apresentar as diferentes metodologias contraceptivas disponíveis, indicando suas características gerais, vantagens e desvantagens. Foi realizada uma revisão de literatura contendo material que abordassem o tema disponibilizados de forma gratuita nas plataformas de pesquisa online, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês. Foram apresentados os métodos contraceptivos reversíveis: natural, de barreira, mecânico e hormonal; bem como contraceptivos definitivos. Para pacientes com um ou mais parceiros, recomenda-se que o método contraceptivo seja associado ao uso de preservativo, uma vez que esta, além de diminuir o índice de contracepção é a única capaz de prevenir ISTs. Conclui-se que escolha do método contraceptivo deve ser feita de forma livre pelo usuário, cabendo ao profissional de saúde apresentar as opções que mais se ajustam ao perfil desejado.

Palavras-chave: contraceptivos, contraceptivos reversíveis, contraceptivos definitivos, planejamento familiar.

ABSTRACT

Family planning is an extremely relevant public health issue, which highlights the use and knowledge of contraceptive methods, which are capable of promoting an active sex life with a lower risk of unwanted pregnancy. The present study aimed to present the different contraceptive methodologies available, indicating their general characteristics, advantages and disadvantages. A literature review was carried out containing material that addressed the topic, available free of charge on online research platforms, published in Portuguese, Spanish and English. Reversible contraceptive methods were presented: natural, barrier, mechanical and hormonal; as well as semi-definite and definitive contraceptives. For patients with one or more partners, it is recommended that the contraceptive method be associated with the use of condoms, since this, in addition to decreasing the rate of contraception, is the only one capable of preventing STIs. It is concluded that the choice of the contraceptive method must be made freely by the user, and it is up to the health professional to present the options that best fit the desired profile.

Keywords: contraceptives, reversible contraceptives, definitive contraceptives, family planning.

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA.....	3
2.1 Contraceptivos Reversíveis Naturais.....	3
2.1.1 Coito interrompido	3
2.1.2 Tabela.....	4
2.1.3 Billings	5
2.1.4 Temperatura basal	7
2.1.5 Aleitamento materno exclusivo.....	8
2.2 Contraceptivos Reversíveis de Barreira.....	8
2.2.1 Diafragma e espermicida	9
2.2.2 Condom.....	10
2.3 Contraceptivos Reversíveis Mecânicos	13
2.4 Contraceptivos Reversíveis Hormonais	14
2.4.1 Pílula de progesterona isolada.....	15
2.4.2 Contraceptivos orais combinados.....	15
2.4.3 Injetável mensal	17
2.4.4 Injetável trimestral	18
2.4.5 Anel vaginal	18
2.4.6 Adesivo transdérmico	19
2.4.7 Implante subdérmico.....	20
2.4.8 Contracepção de emergência (CE)	22
2.5 Contraceptivos Definitivos	22
2.5.1 Laqueadura tubária	23
2.5.2 Vasectomia.....	24
3. METODOLOGIA.....	26
4. DISCUSSÃO	27
5. CONCLUSÃO	36
6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	37

1. INTRODUÇÃO

O respeito ao corpo e a liberdade de escolha são direitos fundamentais do ser humano. Devemos garantir o direito à escolha reprodutiva, sobretudo, devemos garantir que a população tenha conhecimento e acesso às informações e metodologias capazes de assegurar que tal direito seja praticado.

Entram em cena as estratégias de planejamento familiar disponibilizados no SUS, que estimulam o casal a decidir sobre ter filhos, bem como para aqueles que não possuem essa projeção, a fazer uso de métodos contraceptivos, capazes de promover uma vida sexual ativa com um menor risco de gravidez indesejada (ALLEBRANDT et al., 2017)

Historicamente, a primeira pílula hormonal aprovada pelo Federal Drug Administration (FDA) foi a Enovid(®), em maio de 1960 (CHRISTIN-MAITRE, 2012). Com o passar do tempo, diversos métodos de contracepção foram sendo desenvolvidos e aprimorados, tornando-se bem disseminados pela população sexualmente ativa.

Atualmente existem diversos métodos contraceptivos disponíveis, sendo os mais difundidos os de barreira, como os preservativos e os anticoncepcionais hormonais, orais e injetáveis. No Brasil, o SUS e a Farmácia Popular possuem uma extensa relação de diferentes tipos de contraceptivos, oferecidos de forma gratuita ou subsidiados, bem como a possibilidade de inserção de Dispositivo Intrauterino (DIU) ou esterilizações (OLSEN et al., 2018).

Entretanto, mesmo com a ampla divulgação sobre os métodos contraceptivos, quando se analisa dados referentes ao seu uso e entendimento, pesquisas apontam porcentagens significativas referentes ao não uso, desinformação ou discriminação dos mesmos, principalmente entre a população jovem e os adolescentes, sem muita experiência e/ou em início de sua vida sexual ativa. Guimarães et al. (2003), sugerem que a disseminação de informações no âmbito escolar é promissora, entretanto pouco utilizada, o que foi constatado por sua pesquisa, a qual demonstrou que embora 59% dos estudantes avaliados afirmassem ter vida sexual ativa, 57,7% dos alunos afirmaram não receber informações sobre métodos anticoncepcionais na escola, sendo a principal fonte de informação as mídias. Ainda segundo Guimarães et al. (2003), o despreparo destes adolescentes para o início da vida sexual de

forma segura fazem elevar o risco de gravidez na adolescência, disseminação de ISTs e problemas sociais.

O desconhecimento e o mau uso dos métodos contraceptivos elevam o risco de uma gravidez indesejada (DIAS et al., 2017). Mediante ao número crescente de casos de gravidez precoce ou indesejável, observa-se a importância da disseminação de informação mediante métodos contraceptivos entre adolescentes e jovens adultos. Assim, com informações bem embasadas apresentadas para o público que está no início de sua vida sexual ou que sofre de situação precária e baixa escolaridade, poderia haver um menor número desses índices de gestações e uma menor procura pelos serviços sociais de planejamento familiar do governo (GUIMARÃES et al., 2003).

Somente após metade do século XX houve a estigmatização do conceito de gravidez na adolescência, caracterizando-se como um problema de saúde pública (SOUZA et al., 2012). Atualmente se sabe que há uma nítida ligação entre a baixa escolaridade e desinformação, estando esses relacionados a episódios de gravidez na adolescência (AMORIN et al., 2009) refletindo riscos clínicos e biopsicossociais tanto para essa mãe adolescente quanto para o bebê (ROSANELI et al., 2020).

Vale ressaltar que, embora os métodos contraceptivos diminuam o risco de uma gravidez indesejada, alguns não são capazes de impedir que os parceiros sexuais contraiam alguma Infecção Sexualmente Transmissível (IST), sendo a prevenção destas uma preocupação no planejamento familiar (BORGES et al., 2017).

Devido à importância do uso de contraceptivos e a implicação que a adoção desta estratégia de planejamento familiar impacta na saúde da população, é indispensável que os profissionais da área da saúde tenham pleno conhecimento das metodologias contraceptivas atualmente disponíveis. O presente estudo teve como objetivo apresentar as diferentes metodologias contraceptivas disponíveis, indicando suas características gerais, formas de aplicação/uso, vantagens e desvantagens, eficácia e contra-indicações.

2. REVISÃO DE LITERATURA

Os contraceptivos atuais são divididos em duas categorias, de acordo com o tipo de metodologia de uso, sendo divididos em reversíveis, como métodos naturais, de barreira, mecânicos e hormonais; ou definitivos, como vasectomia e laqueadura (MOTA, 2019).

2.1 Contraceptivos Reversíveis Naturais

Segundo Santos (2018), o uso de contraceptivos naturais possibilita ao usuário a “gestão consciente do corpo”, com base na interpretação e respeito de processos naturais que ocorrem no organismo em prol ou durante o ato reprodutivo.

Como são isentos de hormônios, podem ser utilizados por mulheres que possuem restrições de uso dos métodos hormonais, não sendo recomendado para adolescentes ou pessoas que possuem irregularidade no ciclo menstrual, devido ao aumento da taxa de falhas (MATSUOKA & GIOTTO, 2019).

São métodos contraceptivos naturais não hormonais o coito interrompido, a tabelinha, método de Billings, a temperatura basal e o aleitamento materno exclusivo.

2.1.1 Coito interrompido

O coito interrompido ou onanismo é uma prática muito comum no fim do século XIX e início do século XX. É um método difundido mundialmente, prevalente em países da Europa e Ásia, sem distinção de faixas etária para seu uso (EVANGELISTA, 2012).

Embora o método tradicional de coito interrompido seja usado por muitos anos, sua incidência não é claramente conhecida. Pesquisa realizada por Demir et al. (2021) observou que a taxa de utilização do coito interrompido foi de 42,8%.

Vale ressaltar que o comportamento sexual masculino compreende três etapas onde na primeira se caracteriza como o desejo sexual que é ativado através de vias dopaminérgicas associadas aos mecanismos de recompensa; a segunda etapa é a de excitação, onde ocorre o acionamento de mecanismos fisiológicos que promovem a ereção propriamente dita; e a terceira e última etapa onde ocorre o

clímax do prazer, no homem, geralmente associado à expulsão do ejaculado (SANTOS 2017).

Para utilizar o coito interrompido, é importante que o homem não tenha ejaculado recentemente. O ideal é que o homem urine e faça limpeza do pênis, evitando fluido seminal remanescente. O ato sexual deve ser iniciado e mantido até a identificação sensorial da etapa de emissão e expulsão do ejaculado. Segundo Masters & Johnson (1966), o processo ejaculatório divide-se nos estágios de inevitabilidade ejaculatória e a saída do líquido seminal. O homem deverá fazer a deposição do sêmen fora do canal vaginal e da genitália externa feminina. Caso haja contato do ejaculado com a genitália feminina ou canal vaginal, o uso de contracepção de emergência deverá ser avaliado (BRASIL, 2013; FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

O coito interrompido requer muito autocontrole e experiência do homem, uma vez que requer que o mesmo identifique o momento certo da ejaculação para então depositar o sêmen fora da cavidade vaginal da mulher. Tal prática não compromete o desempenho sexual do homem e é acessível, no entanto é uma prática que exige autocontrole, confiança e treinamento por parte do homem, sendo um método contraceptivo que apresenta índice de falha de 3-12% (GOMES et al., 2019).

Ademais, é desaconselhado para homens que tenham ejaculação precoce, devido ao aumento de possibilidade de falhas, bem como para parceiros com suspeita de ISTs, uma vez que esse método não impede a transmissão de ISTs (FREUNDL et al., 2010).

2.1.2 Tabela

Tabela ou calendário (Ogino-Knaus) é um método contraceptivo que consiste na análise do período fértil da mulher, que é calculado através da média entre os ciclos menstruais, chegando à data provável da ovulação.

Para utilizar este método, a mulher deve verificar a duração de cada ciclo menstrual, devendo anotar o primeiro dia da menstruação até o dia que antecede a próxima menstruação. As informações devem ser contabilizadas por, no mínimo, 6 ciclos consecutivos (OMS, 2018).

Para o cálculo do período fértil, será utilizado o número de dias do ciclo menstrual mais curto e mais longo. Para obter o dia do início do período fértil, deve-se subtrair 18 do ciclo mais curto, enquanto para se obter o final do período fértil,

deve-se subtrair 11 do ciclo mais longo. Já a ovulação ocorre entre 11 e 16 dias antes do início da próxima menstruação (BRASIL, 2013; FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

Para funcionar como contraceptivo, deve-se identificar corretamente o dia da ovulação e do período fértil, período no qual se recomenda a abstenção ou uso de outros contraceptivos na prática das relações sexuais (BRASIL, 2013).

Deve-se levar em consideração uma margem de segurança e evitando a prática de relações sexuais desprotegidas durante os dias de período fértil. Na figura 1 temos o exemplo de uma tabelinha, onde observamos em um ciclo de 28 dias a data provável da ovulação e o período fértil.

FIGURA 1 – PERÍODO FÉRTIL CALCULADO PARA CICLO DE 28 DIAS.

CICLO DE 28 DIAS						
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

1	início da menstruação
14	metade do ciclo menstrual
10 a 18	período fértil

Fonte: adaptado de <https://www.todamateria.com.br/metodos-contraceptivos/>

É uma prática antiga, bem disseminada, no entanto está associada a uma falha de 14 a 47%, não sendo também capaz de prevenir ISTs (GOMES et al., 2019).

Mulheres que não fazem uso de hormônios contraceptivos apresentam fisiologicamente ciclos mais longos e ciclos mais curtos, caso a diferença de dias que durou o ciclo mais longo e o mais curto for de 10 dias ou mais, desaconselha-se a tabelinha como método contraceptivo (BRASIL, 2013).

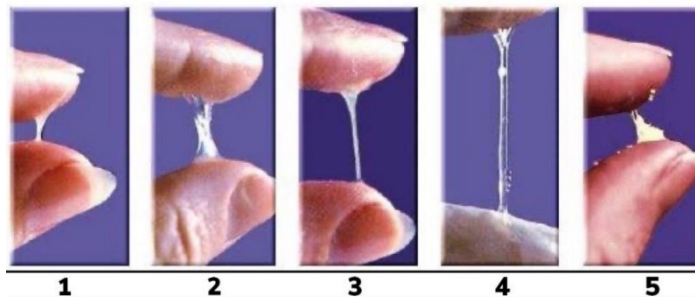
2.1.3 Billings

Método de Observação de Billings (MOB) consiste na observação de sinais e sintomas que ocorrem em seu organismo, de forma natural, sendo utilizado para indicar as fases férteis e inférteis do ciclo menstrual. De acordo com Magalhães et al. (2013), o método de Billings consiste no reconhecimento de períodos férteis e inférteis mediante a análise do muco cervical. Ainda segundo esses autores, esse muco está sob controle hormonal e é essencial para que ocorra a concepção, sendo útil, portanto, para a identificação do estado fértil da mulher.

O aspecto do muco no início do ciclo é espesso e grumoso, o que dificulta a passagem dos espermatozoides. Já na fase ovulatória, observa-se que o muco, sob ação estrogênica, assume um aspecto mais transparente, fluido, elástico e escorregadio que facilita o ato sexual e permite a passagem do espermatozoide, de tal maneira que a concepção se torna mais provável nesse período. Após o período fértil terminar, o muco volta a ficar pegajoso e perde a elasticidade, com o desaparecimento do muco, fica caracterizado o período com menor risco de gravidez (MOTA, 2019).

Para realizar o Método de Observação de Billings, a mulher deverá verificar diariamente se há secreções cervicais na vagina ou ao redor dela, devendo observar também o aspecto destas secreções. Quando for observada a secreção mais transparente, fluida e elástica, considera-se que a mulher esteja em período fértil, devendo outra estratégia contraceptiva ser utilizada neste dia e no dia seguinte. A ausência de secreção cervical fluida e transparente por dois dias seguidos indica que a mulher já se encontra fora do período fértil (BRASIL, 2013).

FIGURA 2 – ASPECTO DO MUCO CERVICAL DE ACORDO COM AS FASES DO CICLO REPRODUTIVO FEMININO.



Fonte: adaptado de <https://areademulher.r7.com/maternidade/metodo-de-billings/>

Este método apresenta como vantagens a ausência de custos, a sua inocuidade e, por requerer observação constante das características do muco, promove autoconhecimento das condições fisiológicas normais, tornando possível a detecção precoce de patologias. Já as desvantagens encontram-se na maior possibilidade de falhas devido a outras condições que podem influenciar na presença de muco, como encontrado em mulheres que apresentam secreções de colpocervicites, mulher com corrimento vaginal, febre, pós-parto e durante a amamentação, além de não prevenir ISTs, não sendo recomendado para mulheres que apresentam algumas das situações citadas anteriormente (ALBUQUERQUE, 2018; DUARTE & FRANCISCO, 2019).

É um método ambivalente, podendo ser usado tanto por quem deseja evitar ou conseguir uma gravidez, sendo eficiente em ambos os casos. Como método contraceptivo, apresenta uma taxa de eficácia de 97 a 99%, podendo ser comparado com os métodos contraceptivos mais eficazes (PADILHA & DERETTI, 2021).

2.1.4 Temperatura basal

Nesse método toma-se como referência a temperatura corporal basal, ao acordar e antes de praticar atividades ou esforço físico, anotando as temperaturas do corpo diariamente, elaborando um gráfico ao longo do ciclo. A temperatura do corpo da mulher diminui cerca de $0,5^{\circ}\text{C}$ no dia da ovulação e aumenta nos dias seguintes (SILVA, 2019).

A temperatura é aferida pela manhã, preferencialmente por via oral, vaginal ou anal, antes da mulher se levantar ou ingerir alimentos. Em seguida essa temperatura é anotada e passa a compor um gráfico especial. Onde for identificando o aumento discreto da temperatura, em torno de $0,2-0,5^{\circ}\text{C}$ é definido como o dia da ovulação. Deve ser desestimulado o sexo desprotegido por 3 dias após a elevação da temperatura (OMS, 2018).

FIGURA 3 – PERÍODO FÉRTIL ESTABELECIDO ATRAVÉS DE AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA BASAL.



Fonte: adaptado de: encurtador.com.br/bfpyL

O aumento da temperatura corporal só é possível, pois durante a ovulação, ocorre elevação nos níveis de progesterona, que atua no centro termorregulador no hipotálamo e faz com que a temperatura corporal se eleve alguns décimos de grau, sendo o efeito termogênico usado na identificação do dia da ovulação (ALBUQUERQUE, 2018).

O método exige que a mulher tenha sono regular, consiga aferir a temperatura sempre pela mesma via (oral, vaginal ou anal), não passe por situações

orgânicas ou psicológicas onde ocorra aumento de temperatura, além de não prevenir ISTs (RANIERI & SILVA, 2011).

2.1.5 Aleitamento materno exclusivo

O Método da Lactação e Amenorreia (LAM) é utilizado no pós-parto de mulheres, pois a lactação funciona como contraceptivo natural, desde que três exigências sejam atendidas: a mulher deve estar em amenorreia; o aleitamento deve ser de forma integral e com regularidade dia e noite, com intervalo máximo de 5 horas entre as mamadas; e que seja realizada até seis meses após o parto (SANTOS et al., 2020).

Para a realização do método a nutriz deve estar lactando e alimentar a criança com regularidade, observando que as mamadas diurnas não devem ser separadas por mais de 4 horas e as noturnas por mais que 6 horas, sendo o leite materno a única fonte alimentar ofertada (FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

Durante o período que a lactante estiver amenorreica, o método pode ser utilizado, devendo ser suspenso à medida que o lactente aumente o intervalo entre as mamadas, esteja em introdução alimentar, a nutriz volte a menstruar, devendo ser aconselhado a partir deste momento, a adoção de outro método contraceptivo (FEBRASGO, 2015).

A lactação tem efeito contraceptivo devido ao estímulo de liberação de prolactina com conseqüente bloqueio pulsátil de liberação de gonadotrofinas pela hipófise, promovendo desta forma a suspensão da ovulação. É eficaz por 60 a 90 dias, tendo sua eficácia diminuída após esse período, devendo portanto ser recomendada a introdução ou utilização de outro método contraceptivo após esse período (SOUZA, 2014).

É um método naturalmente disponível a todas as nutrizas, isento de custos, tem durabilidade variável, entretanto, não é capaz de prevenir ISTs (BRASIL, 2013)

2.2 Contraceptivos Reversíveis de Barreira

São aqueles que impedem a passagem dos espermatozoides. Podemos citar como métodos contraceptivos reversíveis de barreira o diafragma, os espermicidas e códons (MOTA, 2019).

2.2.1 Diafragma e espermicida

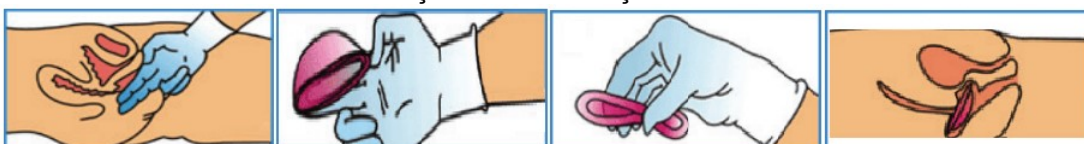
O diafragma é uma cúpula de látex que promove o bloqueio do colo do útero, impedindo o espermatozoide de ascender pela cérvix. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) o mesmo define que o diafragma é capaz de prevenir algumas ISTs, principalmente as causadas por gonococos e clamídia, entretanto não protege contra HIV, HPV, herpes genital e tricomonas uma vez que não recobre a mucosa da parede vaginal e a vulva.

O espermicida à base de nonoxinol-9 (N-9) a 2% é o mais amplamente utilizado no Brasil e no mundo. É uma substância, com apresentação comercial em cremes, gelatinas, espumas, gel, filmes e supositórios espermicidas, que devem ser aplicados no canal vaginal e que possuem como principal função matar os espermatozoides. Frequentemente o método do uso de espermicidas é utilizado em associação com o método contraceptivo de inserção de diafragma, aumentando a eficiência de ambos contraceptivos (SILVA, 2019).

O uso do diafragma está constantemente associado ao uso de espermicida, embora possam ser utilizados separadamente. Atualmente no mercado existem 6 tamanhos de diafragma, que varia de 60 a 85 mm, sendo necessária avaliação ginecológica para saber qual o tamanho correto a ser utilizado (BRASIL, 2013).

O tamanho do diafragma é calculado após a mensuração da distância entre a borda interna da sínfise púbica e o fundo de saco posterior, feita manualmente, através do exame de toque. O tamanho obtido nesta avaliação é correspondente ao tamanho adequado do diafragma (FEBRASGO, 2015).

FIGURA 4 – ESQUEMA DE MEDIÇÃO E COLOCAÇÃO DE DIAFRAGMA PELO MÉDICO.

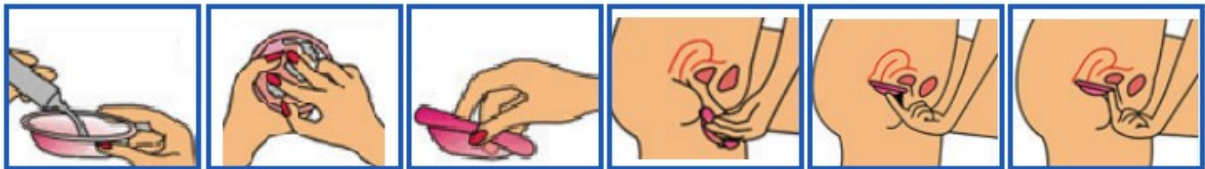


Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2015.

Ao manipular os materiais, recomenda-se que a paciente esteja com as mãos previamente higienizadas. Deve ser feita uma avaliação da integridade do anel diafragmático, devendo ser utilizado apenas quando não apresentar deformações ou rompimentos. Caso o diafragma encontre-se em perfeitas condições de uso, deve ser colocado o espermicida no diafragma e ao redor da borda. O diafragma pode ser colocado em até 6 horas antes da relação sexual (OMS, 2018; BRASIL, 2013).

Para introduzir o diafragma na vagina, deve-se achar uma posição confortável, promover com uma das mãos a abertura dos lábios da vagina, expondo a abertura do canal vaginal, enquanto a mão livre deve pegar e pressionar as bordas do diafragma, de forma a deixar o conteúdo mais fino e alongado. O diafragma deve ser inserido e empurrado para o fundo da vagina, até fixação e completa cobertura do colo uterino. Após o ato sexual, o diafragma deve permanecer na paciente por um período de 6h antes que seja retirado, para aumentar a eficiência do método e garantir que o espermicida tenha causado efeito. Deve ser feita a higienização do diafragma com água e sabão após sua retirada (BRASIL, 2013; FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

FIGURA 5 – ESQUEMA DE COLOCAÇÃO DE DIAFRAGMA PELA PACIENTE.



Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2015.

Em caso de deslocamento ou rompimento do material do diafragma, o uso de contraceptivos de emergência deverá ser avaliado.

O uso do diafragma não causa dor ou desconforto, a paciente pode testar a correta inserção do produto ao andar ou agachar, caso gere dor ou desconforto, o tamanho do diafragma deve ser reavaliado (OMS, 2018).

Já o uso isolado do espermicida é feito manualmente ou com auxílio de tubo aplicador. Deve ser colocado de 10 a 60 minutos antes do ato sexual, de acordo com o tipo de apresentação do espermicida a ser utilizado. A substância deve ser inserida bem no fundo da cavidade vaginal, de forma a cobrir a cérvix. Após o ato sexual, deve-se esperar pelo menos 6 horas para remover a substância do canal vaginal. Em caso de novo ato sexual, recomenda-se a aplicação adicional de espermicida (BRASIL, 2013; FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

Tanto o diafragma, quanto os espermicidas são fornecidos gratuitamente pelo SUS.

2.2.2 Condom

Possui duas apresentações, a masculina e a feminina. A camisinha masculina é o contraceptivo mais conhecido e utilizado, devido a sua grande eficácia e

facilidade de uso. Consiste em um invólucro de material não permeável (como o látex ou pele de carneiro), que envolve o pênis do homem e tem como principal função coletar o ejaculado e impedir que ocorra a troca de fluidos entre os parceiros (MOTA, 2019). Ainda segundo Mota (2019), a camisinha feminina é produzida de forma similar à camisinha masculina, tendo como diferencial a forma de apresentação e utilização, uma vez que a camisinha feminina é introduzida na vagina, protegendo a mucosa e o canal vaginal e impedindo a troca de fluidos e a deposição do ejaculado.

Cuidados que devem ser tomados para o uso dos preservativos masculino e feminino devem ser observados. O preservativo deve ser novo, estar dentro da validade e apresentar embalagem íntegra, devendo ser manipulado preferencialmente, após a higienização das mãos. A abertura da embalagem deve ser feita com cuidado, sem a utilização dentes, unhas ou objetos perfurocortantes, visando à manutenção da integridade do material da camisinha (IPPF, 2020).

Para a colocação da camisinha masculina, o pênis deve estar ereto, devendo o preservativo ser posto na ponta do pênis, com o lado enrolado voltado externamente, sendo desenrolado até a base do pênis (OMS, 2018).

FIGURA 6 – ESQUEMA DE UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO MASCULINO.



Fonte: adaptado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/a/aids>

Logo após a ejaculação, com o pênis ainda em estado ereto, a camisinha masculina deve ser cuidadosamente retirada, mantendo o líquido ejaculatório no interior do preservativo até sua total retirada da cavidade vaginal. Com o conteúdo ainda na camisinha, deve ser feito um nó, prevendo a permanência do sêmen no preservativo e logo após ser descartada (BRASIL, 2013).

A camisinha feminina pode ser colocada horas antes do ato sexual, para tanto, a mulher deverá achar uma posição confortável, devendo esfregar suavemente as bordas da camisinha para espalhar o fluido lubrificante de maneira uniforme pelo preservativo feminino (OMS, 2018).

Para a inserção do preservativo feminino deverá ser utilizado ambas as mãos. Com uma mão, deve ser feita a separação dos grandes e pequenos lábios, expondo a abertura do canal vaginal. A outra mão irá comprimir o anel de ponta fechada deve ser comprimido, de modo que o mesmo fique alongado e estreito, facilitando a inserção do preservativo feminino no canal vaginal. Parte da camisinha feminina e o anel externo ficam para o lado de fora (FEBRASGO, 2015).

FIGURA 7 – ESQUEMA DE UTILIZAÇÃO DE PRESERVATIVO FEMININO.



Fonte: adaptado de <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z-1/a/aids>

O anel fechado do preservativo feminino deverá ser posicionado no fundo do canal vaginal, utilizando um dedo para acomodar corretamente o material. Quando o ato sexual iniciar, o pênis deverá ser conduzido para dentro da camisinha feminina (OMS, 2018).

A remoção da camisinha feminina deve ser realizada antes de levantar, evitando que o sêmen escorra. O anel externo deve ser alcançado e torcido, vedando o conteúdo ejaculado no fundo do anel fechado. Posteriormente, o preservativo feminino usado deve ser descartado (BRASIL, 2013).

Em caso ruptura do preservativo, extravasamento do pênis para dentro ou fora da cavidade vaginal ou retirada previa da camisinha sem o consentimento de ambas as partes, o ato sexual deve ser interrompido e um novo preservativo deverá ser utilizado. Em caso de possibilidade de contato de qualquer líquido seminal com o trato genital feminino, seja ele ejaculatório ou pré-ejaculatório, deverá ser feito a avaliação do uso de contraceptivo de emergência, bem como da profilaxia pós-exposição para prevenção de IST (OMS, 2018).

É importante ressaltar que as camisinhas, masculina ou feminina, são os únicos métodos contraceptivos capazes de prevenir ISTs, entretanto, ambas não podem ser utilizadas concomitantemente devido ao risco de rompimento (FEBRASGO, 2015).

2.3 Contraceptivos Reversíveis Mecânicos

O Dispositivo Intrauterino (DIU) possui diversas apresentações, tendo a vantagem inclusive de poder ser um método não hormonal (DIU de cobre) ou hormonal (SIU).

O objetivo principal do DIU é transformar o útero em um meio hostil, evitando que haja a implantação do zigoto (FERREIRA et al., 2020).

Como principais vantagens do DIU de cobre modelo TCU-380 A, está a durabilidade do método contraceptivo, podendo chegar a 10 anos de uso sem trazer complicações para a mulher, tem elevada eficácia, ausência de efeitos metabólicos e poucos efeitos colaterais. As desvantagens recaem sobre o aumento do fluxo e das cólicas menstruais, possibilidade de expulsão do dispositivo e não prevenir ISTs (BRASIL, 2013).

Para a inserção do DIU deve ser feito um exame pélvico para avaliar a aptidão da paciente em utilizar este método. Recomenda-se a colocação do DIU durante a menstruação, fase em que a cérvix fica naturalmente mais amolecida, facilitando a inserção do dispositivo (OMS, 2018).

Após avaliação com o exame de toque, é inserido o espéculo, sendo este completamente aberto para propiciar uma correta limpeza das estruturas internas da vagina com antisséptico, facilitando a observação da cérvix (BRASIL, 2013).

O tenáculo é inserido através do espéculo, após o correto posicionamento do tenáculo, o mesmo é fechado para que ocorra a fixação da cérvix e do útero. A sonda uterina é inserida na cérvix para medir a posição e profundidade do útero (OMS, 2018).

O DIU é inserido no aplicador, sendo posteriormente introduzido na cérvix da paciente. O aplicador é removido, deixando o fio do DIU exposto para fora da cérvix. O fio do DIU é cortado, aproximadamente 3 cm para fora da cérvix. O material é retirado, deixando apenas o DIU (FEBRASGO, 2015).

É necessário que a mulher passe por uma consulta de acompanhamento, de 3-6 semanas após a inserção do dispositivo, para observar se o dispositivo se encontra corretamente inserido ou se há necessidade de efetuar o reposicionamento do mesmo. (OMS, 2018).

Caso a paciente queira remover o dispositivo, o procedimento será semelhante ao de inserção. O especulo é inserido, fazendo a exposição da cérvix,

permitindo sua limpeza e possibilitando a observação do fio do DIU. Com o auxílio de um fórceps estreito, o fio do DIU é tracionado lentamente, até que saia completamente (OMS, 2018).

FIGURA 8 – POSICIONAMENTO DO DIU DE COBRE.



Fonte: imagem extraída de <https://www.todamateria.com.br/metodos-contraceptivos/>

É necessário explicar para a paciente que a inserção do DIU pode causar certo desconforto e/ou cólicas. Para estes casos, a administração de um AINE deve resolver. Deve-se evitar, entretanto, o uso de aspirina pois a mesma está relacionada à lentificação no processo de coagulação do sangue (BRASIL, 2013).

O DIU de cobre é ofertado pelo SUS, enquanto o SIU hormonal ainda não está disponível na rede pública.

2.4 Contraceptivos Reversíveis Hormonais

De acordo com Berek (2014), a contracepção hormonal é aquela baseada no uso de esteroides sexuais com diferentes modalidades possíveis de uso, como a escolha hormonal e método preferível de administração, para melhor atender às necessidades da mulher ou casal. Desde 1960 nos Estados Unidos, e 1962 no Brasil, a prescrição das pílulas anticoncepcionais ganhou o mercado (SILVA et al., 2017), possibilitando um avanço na liberdade sexual e reprodutiva das mulheres na época, fato que se estendeu até hoje.

Existem diversos métodos contraceptivos à base de esteroides sexuais atualmente, sendo que cada um apresenta suas vantagens e desvantagens. Sua ação está baseada em usar sintéticos dos esteroides atores do ciclo reprodutivo feminino, o estrogênio e a progesterona, combinados ou não, dificultando a ovulação e implantação do óvulo fecundado (MOREIRA, 2011).

2.4.1 Pílula de progesterona isolada

As pílulas de progesterona, ou também chamadas minipílulas, são ideais para aquelas mulheres com algum tipo de contraindicação absoluta ou relativa ao uso de estrogênios. Tais pílulas podem ter diferentes formulações de progestágenos, como 0,030 mg/dia de levonorgestrel ou 75 mcg/dia de desogestrel, com 28 a 35 pílulas por cartela (BRUNTON, 2012; FEBRASGO, 2015).

O progestágeno tem por ação inibir a secreção do hormônio LH, impedindo a ocorrência da saída do óvulo. Além disso, ele também fará com que ocorra espessamento do muco uterino e cervical e atrofia do endométrio (FREITAS, 2011).

Para fazer o uso correto da pílula de progesterona a paciente deve fazer seu uso rotineiro, logo, tomando-a diariamente, continuamente e ininterruptamente, estando ou não menstruada e podendo iniciar o tratamento qualquer dia do ciclo.

Uma das grandes vantagens é que as contraindicações da pílula de progesterona isolada são menos criteriosas, quando comparado com os combinados, em virtude de sua grande eficácia e segurança. Tem menor chance de ocorrência de câncer de mama e endométrio e pode ser usado em lactantes a partir de 6 semanas após o parto (BRASIL, 2013).

Tem por desvantagens a chance de amenorreia e sangramento irregular com ciclos curtos ou longos (MOTA, 2019). É também recomendado não fazer seu uso nos primeiros 30 dias de puerpério (FEBRASGO, 2009).

2.4.2 Contraceptivos orais combinados

Os Contraceptivos orais combinados (COCs), também conhecidos como pílulas, são extremamente eficazes em relação das múltiplas ações sobre o eixo hipotálamo-hipofisário ovariano, interferindo diretamente no ciclo menstrual, efetivamente dificultando a gravidez (BRUNTON, 2012).

Eles são à base de um estrógeno e um progestágeno, podendo ser monofásico, bifásico ou trifásico, que juntos irão inibir a ovulação e alterar o metabolismo do endométrio e muco cervical (HOFFMAN et al., 2012).

Os efeitos causados na fisiologia menstrual e reprodutiva, e repercussões sistêmicas na mulher baseiam-se principalmente na formulação do COCs. Portanto, deve haver atenção na seleção do estrógeno e progestágeno e suas dosagens, para melhor atender as necessidades e vontades da paciente. Caso a paciente não se

sinta confortável com uma determinada formulação, deve ser feita uma investigação na anamnese e avaliar uma nova fórmula.

Para alcançar o uso correto dos COCs, deve ser identificado primeiramente quantos comprimidos ou drágeas vem disponíveis na cartela, pois eles definirão a duração da terapia contraceptiva, podendo ela ser de 21, 22, 24, 26 ou até 28 pílulas. Algumas apresentações de 28 comprimidos podem apresentar as últimas 7 pílulas não hormonais, apenas compostos vitamínicos, visando não ocorrer qualquer pausa entre cartelas.

Para iniciar o tratamento, a primeira pílula deve ser tomada no primeiro dia do ciclo, e continuamente até o final da cartela. No seu término, deverá ocorrer uma pausa que vise um ciclo de 28 dias. Por exemplo, numa cartela com 22 pílulas, deverá ocorrer uma pausa de 6 dias desde o fim da cartela até o início de uma nova (OMS, 2018).

Em algum episódio de esquecimento de tomar a pílula no seu devido horário, a mulher deverá tomá-la imediatamente, desde que no mesmo dia do esquecimento. Caso haja o esquecimento da pílula no dia consecutivo ao esquecimento, a mulher deve tomar as duas pílulas no mesmo dia, sendo elas a esquecida e a pílula prevista na cartela. No esquecimento de duas pílulas, deverá ser ingerido as duas pílulas por dois dias consecutivos, somadas as pílulas que deveriam ser tomadas conforme a cartela, da mesma forma que explicado anteriormente, porém isso sendo feito em dois dias consecutivos. A partir do esquecimento de 3 ou mais pílulas, deve-se aguardar a ocorrência de sangramento e iniciar com uma nova cartela após 4-5 dias de sangramento (HOFFMAN et al., 2012).

À medida que há o benefício da autorregulação da ovulação, ademais a menor intensidade de fluxo menstrual e eficácia de 99,9% do método (FREITAS, 2011), há também riscos e efeitos adversos a serem estudados mediante o desejo de seu uso.

Mulheres aptas a tomarem a pílula anticoncepcional podem ter efeitos secundários, como alterações de humor, náusea, vômitos, prostração e cefaléia. Tal método já é contraindicado a mulheres com algum tipo de comorbidade ou fator de risco, como doenças cardiovasculares, tromboembólicas ou algumas neoplasias malignas, visto que há grande chance de agravamento de sua condição atual, podendo evoluir para uma emergência e até óbito (FEBRASGO, 2015).

Em estudo recente, Olsen (2018) realizou uma pesquisa baseada em mulheres em idade fértil com vida sexual ativa, no qual entre as 633 mulheres avaliadas, 30,8% atualmente estavam no uso de anticoncepcionais orais e 14,7% combinava anticoncepcionais orais com camisinha.

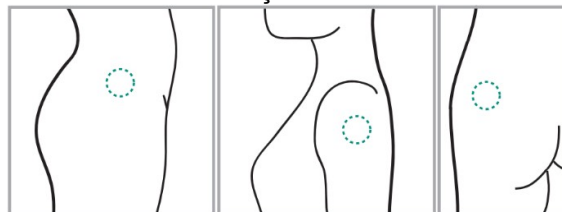
Ademais, pode-se observar vantagens de tal método em associar a contracepção e a diminuição da sintomatologia de condições como endometriose e manifestações da menopausa (BRASIL, 2013).

2.4.3 Injetável mensal

O injetável mensal é recomendado às mulheres com dificuldade da periodicidade de uso do anticoncepcional oral, ou com problemas de absorção entérica. Ele pode ter diferentes combinações de um estrógeno e um progestágeno (PASSOS, 2017).

Sua aplicação é intramuscular na região do braço ou nádega a cada 30 dias, havendo seu início podendo ser feito até o quinto dia do ciclo, e, diferente dos COCs, o estrogênio presente na aplicação é de composição mais natural e não sintética. Os critérios de elegibilidade da OMS são os mesmos que para anticoncepcionais orais combinados (FREITAS, 2011).

FIGURA 9 – LOCAIS PARA APLICAÇÃO DE CONTRACEPTIVO INJETÁVEL.



Fonte: adaptado de OMS, 2018.

Atuam inibindo a ovulação, provocam alterações no endométrio e tornam o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides (BRASIL, 2013).

O Sistema Único de Saúde oferta tal método contraceptivo, nas formas: 50mg de enantato de noretisterona + 5mg de valerato de estradiol; ou 25mg de acetato de medroxiprogesterona + 5mg de cipionato de estradiol; OU 150mg de acetofenido de diidroxiprogesterona + 10mg de enantato de estradiol (BRASIL, 2013).

2.4.4 Injetável trimestral

Utilizando uma suspensão de Acetato de Medroxiprogesterona de depósito (AMPD) em dose única 150mg I.M, esse método tem inúmeras vantagens associado a uma alta eficácia, causando anovulação pela interferência no eixo hipotálamo-hipófise, adelgaça o endométrio e deixa o muco cervical mais espesso (BRUNTON, 2012).

Por ser um método progestagênico, o mesmo não precisa regular com o início do ciclo. Há necessidade de repetição da dose de 3 em 3 meses, e tem uma tolerância de até 15 dias entre as injeções.

Uma das maiores vantagens do injetável trimestral é a sua duração superior quando comparado com os outros métodos hormonais. Além da contracepção, ele ainda diminuiu o risco de quadros como câncer de ovário e endométrio, doença inflamatória pélvica e gestação ectópica. Em contrapartida, seu uso é discriminado devido à episódios de aumento de peso e relatos de diminuição da densidade óssea mineral, mesmo que os riscos de fratura óssea sejam baixos. (PANISSET et al., 2015).

Da mesma forma que o injetável mensal, o método injetável trimestral também é fornecido pelo SUS (BRASIL, 2013)

2.4.5 Anel vaginal

O Anel Vaginal é um anel de polietileno transparente que deve ser colocado na vagina e irá liberar continuamente 2,7mg de etinilestradiol (15 mcg/dia) e 11,7 mg de etonogestrel (120 mcg/dia). Tem duração de 3 semanas, com uma semana de pausa para reinício do método (BRASIL, 2013).

Para a inserção do anel vaginal combinado, é necessário que a mulher fique em posição confortável, com uma das mãos abra os lábios da vagina expondo a abertura do canal vaginal. Com a outra mão, pega-se o anel e pressiona as bordas, de modo a deixar o anel mais fino e alongado, o que facilita sua inserção no canal vaginal (FEBRASGO, 2015).

É importante que o anel seja posicionado no fundo do canal vaginal, pois dificultará a eliminação do material devido à ação dos músculos da vagina, que naturalmente o mantém no lugar. O dispositivo irá liberar os hormônios progesterona e estrógeno, que serão absorvidos através da parede da vagina (BRASIL, 2013).

Caso o anel seja removido para a limpeza ou ato sexual, o mesmo deve ser recolocado em um prazo de até 3 horas após sua remoção, caso esse período seja maior e ocorra nas duas primeiras semanas de uso, recomenda-se a adoção de outras estratégias contraceptivas pelos próximos 7 dias após o evento. Caso ocorra a descontinuação de uso por mais de 3 horas durante a terceira semana, o ciclo deve ser interrompido e um novo dispositivo deve ser inserido, reiniciando o ciclo (OMS, 2018).

FIGURA 10 – INSERÇÃO E POSICIONAMENTO DO ANEL VAGINAL.



Fonte: adaptado de <http://www.anticoncepcao.org.br/site/manual/9/anel-vaginal-combinado/>

O anel deve ser mantido no lugar por 3 semanas, sendo retirado e descartado, na quarta semana a mulher apresentará menstruação e, ao final da quarta semana, um novo anel deverá ser colocado. Para a remoção do anel a paciente deve introduzir um ou mais dedos no canal vaginal, encontrar o dispositivo, inserir os dedos dentro do aro e tracioná-lo para fora (FEBRASGO, 2015).

Com a mesma proposta dos COCs, eles possuem uma vantagem sobre a rotina de uso, na qual a mulher não precisa lembrar diariamente do uso, mas somente periodicamente de sua troca. Devido a alta semelhança aos COCs, a taxa de falha, efeitos adversos e critérios de elegibilidade pela OMS são os mesmos. (PASSOS, 2017; BRANDT, 2018).

Não foram encontradas referências que apontem a disponibilidade de tal método contraceptivo pelo SUS. Isso torna o método inviável para a população de baixa renda, visto a indisponibilidade pelo SUS e seu preço elevado no mercado.

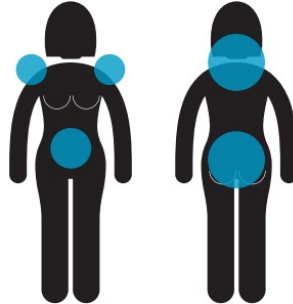
2.4.6 Adesivo transdérmico

O adesivo assemelha-se aos COCs e ao anel vaginal. O adesivo de 20cm² de superfície libera 150mcg/dia de norelgestromina e 20mcg/dia de etinilestradiol.

O adesivo deve ser posicionado na pele limpa e seca, de preferência longe da área de dobras, e trocado semanalmente desde o exato dia da aplicação. Tem uma boa adesão do púbico feminino, pois só há necessidade de troca semanalmente,

sendo mais fácil a rotina de uso, como a do anel vaginal. Porém pacientes acima de 90kg apresentaram redução na eficácia do contraceptivo (PASSOS, 2017).

FIGURA 10 – INSERÇÃO E POSICIONAMENTO DO ANEL VAGINAL.



Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2015.

Apesar de boa apresentação e eficácia de 99%, estudo sobre o uso do adesivo transdérmico, quando comparado a administração oral, mostrou uma menor adesão com irritação e manifestações cutâneas locais (BAKHURU & STANWOOD, 2006).

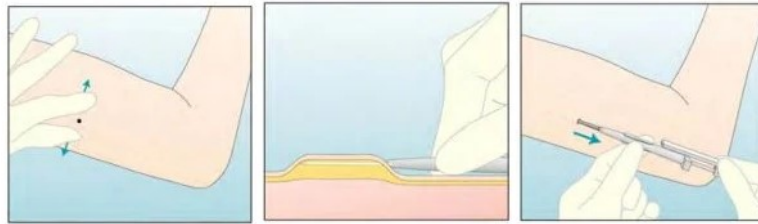
Além disso, nota-se que o método não está disponível pelo SUS e seu preço é elevado, partindo de R\$80,00 mensais, variando valores conforme apresentação.

2.4.7 Implante subdérmico

Em 1980 foi produzido o Norplant, feito de bastonetes de silicone microporoso contendo levonorgestrel para fins contraceptivos, porém com muitos efeitos adversos, fazendo com que o produto não fosse lançado no mercado. Nos anos 2000, os implantes já devidamente operacionais, regulamentados e seguros, ganharam o mercado farmacêutico visto suas vantagens de "supressão da menstruação" e durabilidade. O efeito no organismo é prolongado, sendo viável sua utilização por um prazo de 6 meses a 7 anos, dependendo do modelo a ser utilizado (FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

Atualmente, o consumo do produto é seletivo àqueles com boa situação financeira, o valor de um implante subdérmico vai de R\$2.500 até R\$4.000, dificultando o acesso para grande parte do público feminino no país.

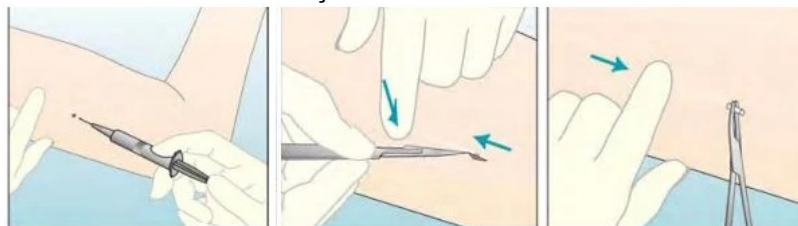
Para a inserção do implante é necessário realizar limpeza e anestesia local, sendo feita uma pequena incisão na face anterior-lateral do antebraço não dominante. O implante é inserido na subderme aproximadamente 8cm acima do epicôndilo medial. A incisão é fechada com bandagem adesiva, coberto com tecido seco e envolto por gaze. Não é necessário dar ponto a incisão (OMS, 2018).

FIGURA 11 – APLICAÇÃO DE IMPLANTE SUBDERMICO.

Adaptado de: <https://consultaremedios.com.br/implanon/bula>

Alguns dispositivos vêm com instrumento de aplicação acoplado. Para estes, é necessário apenas proceder a anestesia local antes do procedimento, inserir a agulha do dispositivo no local de colocação do implante e puxar a haste, fazendo com que o dispositivo passe pelo interior da agulha e se fixe na subderme da paciente (FEBRASGO, 2015).

Para remover o implante é feita limpeza, anestesia local e uma pequena incisão próxima ao implante. Com o uso de pinça, o implante é preso e tracionado para fora da pele da paciente. A incisão é fechada com banda adesiva (OMS, 2018).

FIGURA 12 – REMOÇÃO DE IMPLANTE SUBDERMICO.

Adaptado de: <https://consultaremedios.com.br/implanon/bula>

A inserção de um novo implante subdérmico é feita em outra área, acima ou abaixo do local onde o implante anterior esteve inserido, não sendo recomendado o uso da mesma incisão para colocação de um novo dispositivo (OMS, 2018).

Recentemente, foi aprovada a inclusão do implante subdérmico na lista de contraceptivos disponibilizados pelo SUS. A inclusão do implante subdérmico deu-se através da Portaria SCTIE/MS Nº 13, de 19 de Abril de 2021, sendo recomendado para o uso por mulheres em idade fértil em situação de rua, com HIV/AIDS em uso de dolutegravir, em uso de talidomida, privadas de liberdade, trabalhadoras do sexo e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos (BRASIL, 2021).

2.4.8 Contracepção de emergência (CE)

A contracepção de emergência surgiu como uma válvula de escape para situações inoportunas referentes a casos de despreparo ou ineficácia de outros métodos anticoncepcionais. A contracepção de emergência pode ser feita pelo método Yuzpe, que consiste na administração de pílulas anticoncepcionais à base de etinilestradiol associadas ao progestágeno sintético, ou pelas próprias pílulas emergenciais de levonorgestrel (FIOCRUZ, 2016; SILVA & NETO, 2017).

Para ser corretamente usada, a contracepção de emergência pelo método Yuzpe deve ser feita em até no máximo 5 dias (120 horas) após o coito desprotegido, com uma posologia de 0,2mg de etinilestradiol e 1mg de levonorgestrel, divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas entre as doses (BRASIL, 2011).

Para o uso correto da pílula de emergência baseada somente em levonorgestrel, a mesma tem uma posologia de 1,5mg que pode ser dividida e administrada num intervalo de 12 horas, semelhante ao método Yuzpe, ou em dose única. O prazo também é semelhante ao outro método de emergência, de no máximo até 5 dias após relações sexuais desprotegidas (OMS, 2018).

A CE não deve ser pautada como substituta de outras modalidades de anticoncepcionais, e sim como último recurso para evitar uma gestação, principalmente em situações de abuso sexual e crime de estupro. Tem eficácia de 52-94%, quando avaliados casos do uso de pílulas de levonorgestrel, ainda pensando que esse pode ser usado na maioria das mulheres, havendo menores riscos tromboembólicos e cardiovasculares. (FIOCRUZ, 2016).

A CE é disponível pelo Sistema único de saúde (SUS) e deve ser precisamente explicada, tanto sua ação quanto uso, para que a paciente use o método de forma correta (SILVA & NETO, 2011).

2.5 Contraceptivos Definitivos

Segundo versa o artigo 10 da Lei N° 9.263/96, a esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada através da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada através da histerectomia e ooforectomia (BRASIL, 1996).

2.5.1 Laqueadura tubária

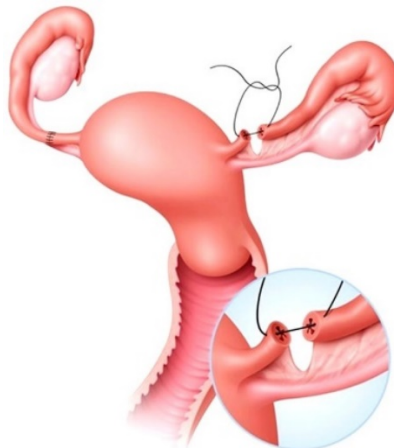
A laqueadura tubária é um método anticoncepcional definitivo. O procedimento consiste em uma secção nas trompas e fechamento de suas extremidades, possuindo diferentes abordagens cirúrgicas, sendo a eletrocoagulação com cautério bipolar por videolaparoscopia a mais eficaz e com menos riscos pós-operatórios (PASSOS, 2017). É necessário fazer uma anestesia geral na paciente, seja qual for a abordagem para o procedimento.

Tal como a vasectomia, para realizar a laqueadura tubária deve ser avaliada a situação mediante os critérios propostos pelo planejamento familiar previsto na Lei nº 9.263/1.996. Um dos diferenciais dessa lei em relação ao homem é de que a mulher não pode realizar tal procedimento durante um parto ou aborto (BRASIL, 1996).

Tramita no Senado, o Projeto de Lei nº7364/14, que visa a flexibilização das regras para a realização da laqueadura, visando diminuir de 25 anos para 21 anos a idade mínima para a autorização da laqueadura voluntária, bem como propõe excluir o consentimento de ambos os cônjuges para a realização cirúrgica da laqueadura ou vasectomia (BRASIL, 2014).

A esterilização feminina consiste na contracepção cirúrgica de corte ou bloqueio das trompas de falópio. A paciente deverá ser guiada por como é o processo cirúrgico, suas possíveis complicações e perspectiva de ser um método irreversível, visto que uma complicação frequente é o dano psicológico feminino de arrependimento.

FIGURA 13 – MODELO DE LAQUEADURA TUBÁRIA.



Fonte: adaptado de <https://www.todamateria.com.br/metodos-contraceptivos/>

Há diversas abordagens cirúrgicas, como a minilaparotomia ou laparoscopia, o tempo de procedimento pode variar de 20-40 minutos. As complicações cirúrgicas mais são relacionadas as habilidades do médico operador, podendo haver lesões de órgãos ou vísceras dos arredores (PASSOS, 2017).

É ofertada pelo SUS como medida contraceptiva desde que obedecendo aos critérios do planejamento familiar, a Laqueadura é vista como uma solução para pacientes que não são recomendadas ou não desejam o tratamento hormonal ou não sentem confiabilidade com os métodos de barreira (BRASIL, 1999).

2.5.2 Vasectomia

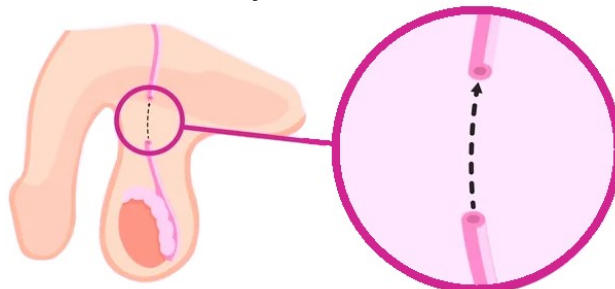
A vasectomia surgiu como uma forma contraceptiva definitiva para o homem, proporcionando tranquilidade e satisfação em relação a uma gravidez não desejada durante relações sexuais (ALVES & ALVES, 2003).

No Brasil, a esterilização masculina obedece a determinados critérios previstos na Lei nº 9.263/1.996, se tratando do planejamento familiar. Dessa forma, o homem só pode realizar a cirurgia caso possua capacidade civil plena, seja maior de 25 anos, tenha 2 ou mais filhos ou corra um risco de saúde do concepto (BRASIL, 1996).

Em pesquisa, Marchi (2011) evidenciou que em uma amostra de 202 vasectomizados, 78,1% estava com idade entre 30 e 39 anos, caracterizando a idéia do perfil epidemiológico dos interessados na manutenção do número de sua prole.

A cirurgia consiste na secção de ambos os ductos deferentes, impedindo dessa forma que o espermatozoide realize o trajeto até a uretra durante a ejaculação. O procedimento utiliza uma anestesia local, tem duração média de 15 a 20 minutos e tem a praticidade de não exigir internação hospitalar (ALVES & ALVES, 2003; OMS, 2018).

FIGURA 14 – LOCALIZAÇÃO DO CORTE NA VASECTOMIA.



Fonte: adaptado de <https://www.todamateria.com.br/metodos-contraceptivos/>

A vasectomia é ofertada pelo SUS, visto que faz parte da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do homem. Esse procedimento tem sido cada vez mais realizado e indutor a fomentar discussões sobre planejamento familiar (MS, 2018).

3. METODOLOGIA

O presente estudo consiste em uma revisão de literatura sobre os métodos contraceptivos disponíveis em âmbito nacional.

Foi realizada uma revisão de literatura contendo material que abordassem o tema. Como estratégia de busca, utilizou-se os descritores “anticoncepcional”, “métodos contraceptivos” “contraceptivo natural” “contraceptivo de barreira” “contraceptivo hormonal”, “contraceptivo definitivo”. O material utilizado estavam disponibilizados de forma gratuita nas plataformas de pesquisa Scielo, Pubmed, MEDLINE e Google Scholar, na forma de artigo, livros e teses, publicados nos idiomas português, espanhol e inglês.

4. DISCUSSÃO

O aconselhamento reprodutivo voltado para métodos contraceptivos consiste na orientação sobre as principais vantagens e desvantagens de cada método, abordando também o mecanismo de ação do contraceptivo no organismo, nível de eficácia, possibilidade de retorno à fertilidade e principais efeitos adversos (MACHADO et al., 2017).

Para definir a eficácia de um método contraceptivo, é realizado o Índice de Pearl, que avalia a capacidade de um determinado método impedir uma gravidez acidental.

O Índice de Pearl é calculado tomando como base um grupo de 100 pessoas, a quantidade de mulheres que engravidaram usando o método indicado na tabela durante 1 ano. Métodos mais eficazes são aqueles que apresentam Índice de Pearl menor que 1 (FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2020).

Na tabela 1 a taxa de falha das principais metodologias disponíveis, baseados em dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2016), tendo como base o Índice de Pearl, considerando o modo de uso do contraceptivo.

TABELA 1 - ÍNDICE DE PEARL DE ACORDO COM O MODO DE USO DOS CONTRACEPTIVOS.

Tipo de contraceptivo	Uso típico	Uso perfeito
Coito interrompido	27	4
Tabelinha	5	2
Billings	5	2
Temperatura basal	5	2
Aleitamento Materno Exclusivo	2	0,9
Espermicida	29	18
Diafragma + espermicida	16	6
Códon Masculino	16	2
Códon Feminino	21	5
DIU	0,8	0,6
SIU	1	1
Progesterona isolada	3	0,3
Orais combinados	3	0,3
Injetável mensal	3	0,3
Injetável trimestral	3	0,05
Anel vaginal	3	0,3
Adesivo transdérmico	3	0,3
Implante subdérmico	0,05	0,05
Contracepção de emergência	1	1
Laqueadura tubária	0,5	0,5
Vasectomia	0,15	0,1

Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2015; OMS,2018; BRASIL, 2020.

Diversos fatores são capazes de influenciar na eficácia dos métodos contraceptivos. Geralmente as falhas estão associadas ao mau uso, entretanto o estado fisiológico da paciente também pode contribuir para uma redução na eficácia de determinados métodos contraceptivos.

Dentre os métodos contraceptivos disponíveis, os que apresentam maior eficiência são os implantes subdérmicos, as esterilizações cirúrgicas (laqueadura e vasectomia) e os dispositivos intrauterinos. Já as metodologias que apresentam menor eficiência são os espermicidas usados de forma isolada, coito interrompido e os contraceptivos reversíveis de barreira como o preservativo feminino, preservativo masculino e diafragma com espermicida (FEBRASGO, 2015).

Vale ressaltar que a eficiência do método contraceptivo está relacionada com a correta utilização do mesmo, sendo os valores de eficiência para uso perfeito superiores ao encontrado no uso típico (OMS,2018; FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2020).

O uso típico consiste na forma habitual de uso do método, estando sujeito a diversos tipos de falhas do usuário como casos de esquecimentos, bem como condições fisiológicas que possam diminuir a absorção, biodisponibilidade ou eficiência do método contraceptivo, como em caso de vômitos. Já o uso perfeito refere-se à forma ideal e correta do contraceptivo durante todas as relações. O Índice de Pearl tende a ser maior entre pacientes que fazem uso típicos dos contraceptivos, quando comparado à pacientes que fazem uso perfeito (FEBRASGO, 2015).

Em relação à escolha do método contraceptivo, Da Silva et al. (2021) verificaram que diversos fatores são capazes de influenciar a escolha dos contraceptivos, sendo geralmente a mulher a maior detentora de conhecimento sobre as diferentes metodologias existentes, enquanto o homem parece apresentar forte influencia na escolha do método.

Entretanto, embora a escolha do método seja feita de forma livre pelo usuário, deve-se levar em conta que a funcionalidade, disponibilidade e aplicabilidade dos métodos contraceptivos podem ser influenciadas, também, pela presença de contraindicações, podendo estas serem relativas ou absolutas. Na tabela 2, encontram-se uma relação de contraindicações relativas e absolutas de acordo com cada método contraceptivo.

QUADRO 1 – CONTRAINDICAÇÕES RELATIVAS E ABSOLUTAS DE CADA CONTRACEPTIVO.

Tipo de contraceptivo	Contraindicações Relativas	Contraindicações Absolutas
Coito interrompido	Ejaculação precoce.	Paciente com IST ou risco para contaminação com IST; Irregularidades nos ciclos menstruais; homem que não consegue identificar a ejaculação; ejaculação recente
Tabelinha	Pacientes com ciclos muito longos, pacientes que estão passando por problemas de saúde/ psicológicos e que afetam a síntese/ secreção hormonal.	Paciente com IST ou risco para contaminação com IST; Irregularidades nos ciclos menstruais
Billings	Uso de drogas que altera o humor; Dificuldade em reconhecer os diferentes tipos de secreções para o método de ovulação	Paciente com IST ou risco para contaminação com IST; Irregularidades nos ciclos menstruais
Temperatura basal	Puérperas ou mulheres que abortaram recentemente.	Doenças crônicas que elevem temperatura corporal. Paciente com IST ou risco para contaminação com IST; Irregularidades nos ciclos menstruais
Aleitamento Materno Exclusivo	Mulheres que praticam apenas ordenha ao invés de amamentar.	Doenças maternas como infecção pelos vírus HIV e HTLV; Uso de drogas contraindicadas para amamentação
Diafragma e espermicida	Puérperas ou mulheres que abortaram recentemente.	Paciente com IST; Reação alérgica aguda (alergia ao látex ou ao composto do espermicida), CA de colo de útero
Códon Masculino	Reação alérgica leve (alergia ao látex)	Reação alérgica aguda (alergia ao látex)
Códon Feminino	Reação alérgica leve (alergia ao látex)	Reação alérgica aguda (alergia ao látex); prolapso genital
DIU	Mulheres com distúrbio de coagulação; Puerpério imediato e até o 28º dias de pós-parto; Sangramento uterino anormal (SUA).	Miomas que alterem a cavidade uterina; malformações uterinas, estenose cervical; IST aguda ou DIP não tratada ou < 3 meses de tratamento; Gravidez (suspeita ou confirmada); CA de útero
SIU	Semelhantes ao DIU	Semelhantes ao DIU + CA de mama; Alteração da função hepática
Progesterona isolada	Sangramento uterino anormal (SUA)	Gravidez (suspeita ou confirmada); CA de mama;
Orais combinados	HAS não tratada; Alteração da função hepática. Enxaqueca sem aura < 35 anos. DM não complicada;	Gravidez (suspeita ou confirmada); HAS não tratada; tabagista > 35 anos de idade; DM associada a

	tabagista < 35 anos; Puerpério < 6 semanas	complicações; cardiopatias, valvulopatias ou demais patologias trombogênicas; antecedentes trombóticos; SUA; enxaqueca com aura > 35 anos; Neoplasias estrogênio dependentes.
Injetável mensal	Sangramento uterino anormal (SUA)	Semelhantes ao contraceptivos orais combinados
Injetável trimestral	Sangramento uterino anormal (SUA)	Gravidez (suspeita ou confirmada); CA de mama;
Anel vaginal	Tabagista; mulheres em lactação; HAS controlado; Cirrose moderada e compensada; histórico de CA mama	Alta tabagista; HAS descompensada; DM; trombotopatias, neuropatias, CA mama ativo
Adesivo transdérmico	Paciente com peso >90kg, doenças hepáticas	Alta tabagista; HAS descompensada; DM; trombotopatias, neuropatias
Implante subdérmico	sangramento genital não diagnosticado	gravidez reconhecida ou suspeita; doença hepática ativa; CA de mama, tumores dependentes de progesterona; alergia aos componentes do implante
Contracepção de emergência	sangramento genital não diagnosticado	Gravidez confirmada, neoplasia endometrial e cervical; DIP; pós aborto
Laqueadura tubária	Restrições baseadas na Lei nº 9.263/1.996	DIP; Hidrossalpinge; anomalia anatômica; desejo reprodutivo
Vasectomia	Restrições baseadas na Lei nº 9.263/1.996	Não há.

Fonte: adaptado de FEBRASGO, 2015; OMS,2018; BRASIL, 2020.

Prevê-se que em suspeita ou diagnóstico comprovado de gravidez é contraindicado a utilização de qualquer metodologia hormonal ou invasiva. Em presença de dispositivo intrauterino, o mesmo deve ser retirado o quanto antes possível. É indicado a persistência da metodologia de preservativos (condom), visando a prevenção de ISTs.

O coito interrompido possui contraindicação relativa para homens que apresentam ejaculação precoce e jovens, pois esses pacientes não possuem experiência e/ou autocontrole para evitar que o sêmen seja depositado fora do canal vaginal, com tratamento essa contraindicação pode ser reavaliada. Como contraindicações absolutas homens que apresentaram ejaculação recente, devido a possibilidade de existir líquido seminal com espermatozoides viáveis no canal peniano, homens que são incapazes de identificar e controlar a ejaculação e para portadores de ISTs (OMS, 2018).

A tabelinha possui contraindicação relativa para mulheres que apresentam ciclos menstruais muito longos ou que estejam passando por problemas de saúde ou transtornos psicológicos que alterem a síntese e secreção de hormônios sexuais, pois para essas mulheres podem apresentar ovulações fora da data prevista, sujeitando o método a falhas. A contraindicação absoluta para o método da tabelinha se dá para mulheres que apresentam irregularidade menstrual, uma vez que não é possível estimar qual a provável data da menstruação, bem como para pacientes portadores de ISTs (BRASIL, 2013, OMS, 2018).

O uso de método de Billings tem contraindicação relativa para pacientes que fazem uso de drogas que afetam o humor, devido a possibilidade de disfunção hormonal, redução da libido, influência sobre as secreções cervicais, além de elevar a temperatura corporal e/ou retardar a ovulação. As contraindicações absolutas são para pacientes portadores de ISTs e ciclos menstruais irregulares (OMS, 2018; FIGUEIRA, 2020).

O método da temperatura corporal tem contraindicação relativa para mulheres no puerpério, que passaram por um aborto recente, ou estão com patologias que elevem a temperatura corporal. A contraindicação absoluta é para mulheres que possuem condições crônicas que elevem a temperatura corporal naturalmente. Uma vez que é fundamental a identificação da elevação da temperatura corporal para calcular o momento da ovulação, condições que elevem a temperatura corporal podem prejudicar o uso desta metodologia (FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

A ordenha do leite materno apresenta-se como uma contraindicação relativa, devendo-se ter cautela para a execução do Método da Lactação e Amenorreia nestes casos, pois a ordenha é menos para prevenir a gravidez do que a amamentação, provavelmente pelo número de ordenhas, impactando na menor capacidade da prolactina em suprimir os ciclos menstruais. Como contraindicações absolutas tem-se o uso de drogas desaconselhadas durante a amamentação e a presença de doenças maternas capazes de infectar o bebê através da amamentação (FEBRASGO, 2015; OMS, 2018; DE SOUZA, 2019).

O diafragma tem como contraindicação relativa seu uso no puerpério ou pós aborto. No entanto, recomenda-se que o diafragma não deve ser ajustado até completar 6 semanas após o parto ou aborto que ocorreu após o segundo trimestre, após esses eventos, o útero e a cérvix ainda estão em processo de regressão para o tamanho normal, de tal forma que a inserção do diafragma antes da finalização

deste processo, indicaria a necessidade de readequação no tamanho do diafragma. Como contraindicação absoluta tem-se as alergias aos componentes do diafragma e/ou espermicida e para pacientes com ISTs uma vez que a falta de proteção na transmissão das infecções sexualmente transmissíveis aos seus parceiros. Os espermicidas, inclusive, são até contraindicados por aumentar a chance desta transmissão (FEBRASGO, 2015; FEBRASGO, 2018; OMS, 2018).

As alergias aos compostos geralmente cursam com queimação, exantema ou irritação, podendo acometer um ou ambos os parceiros. Nestes casos, a contraindicação apresenta-se relativa pois na falta de outro tipo de contraceptivo, o uso deste material durante o ato sexual é capaz de trazer mais benefícios que seu não uso, desta forma, não sendo desaconselhado. Geralmente os sintomas são temporários, sendo atenuados ou evitados mediante a troca de marca do espermicida e/ou troca do diafragma ou preservativos por um de outro material (OMS, 2018; CHAVEIRO, 2020).

Para o uso de Dispositivo intra-uterino (DIU), nota-se que há por contraindicação alguns fatores, como as anomalias anatômicas ou miomas que alteram a cavidade endometrial, visto a possibilidade de dificuldade a inserção ou maior chance de expulsão. Também é contraindicado a inserção do DIU mediante a presença de processos inflamatórios, por poder acentuar lesões ou gerar agudização da inflamação. Mulheres com distúrbios da coagulação devem ter atenção à inserção de um DIU, visto a chance de aumento do fluxo menstrual. Após o parto, deve haver um tempo de restituição uterina até a inserção do DIU. Em caso de hemorragia genital não esclarecida, deve ser feita uma investigação clínica ginecológica prévia antes da inserção de tal método contraceptivo (GIORDANO et al., 2015, OMS, 2018).

À medida que o método contraceptivo de Sistema Intrauterino Liberador de Levonorgestrel possui a mesma técnica e permanência na cavidade endometrial, aplicam-se as mesmas contraindicações vigentes no método DIU. Sendo um método hormonal progestágeno, sendo contraindicado em caso de neoplasias endometriais ou nas mamas, devido agressão a cavidade e indução hormonal no tecido alvo. (MACHADO, 2018).

Os Anticoncepcionais Hormonais Combinados por serem a união de um estrógeno e um progestágeno podem interferir em diversos processos e fatores fisiopatológicos pré-existentes, requerendo cautela a sua prescrição, seja qual for da

via de administração. Independentemente da via terapêutica do anticoncepcional hormonal combinado (oral, transdérmica, injetável ou em anel vaginal), todas apresentam graus de contraindicação mediante determinadas condições clínicas. (HOFFMAN, 2014; FEBRASGO, 2015).

Em mulheres hipertensas sem tratamento pressórico, o estrogênio aumenta o angiotensinogênio no fígado, desregulando o sistema Renina-Angiotensina-Aldosterona, levando a uma elevação da pressão arterial, podendo gerar complicações sistêmicas a curto e longo prazo. Ademais, uma exacerbação de fatores pró-coagulantes gera risco para um evento tromboembólico, não recomendado a pacientes com distúrbios da coagulação ou em tratamento para tal. Para pacientes com diabetes mellitus, fica restrito o uso de um AHC principalmente na vigência de complicações pela doença (nefropatia, retinopatia, alterações vasculares). A contraindicação relativa ao tabagismo só prevê um risco superior ao benefício do método caso a mulher seja < 35 anos. Com relação a presença de enxaqueca, aplica-se o mesmo conceito relativo à mulher tabagista, desde que seja uma enxaqueca sem aura. Não se recomenda o uso de anticoncepcionais hormonais combinados no puerpério < 6 semanas, haja vista a propriedade do estrogênio em diminuir a qualidade e quantidade do leite materno, de tal modo sendo mais recomendado uma metodologia com um progestágeno. Para pacientes que não estejam amamentando, avalia-se o risco de evento trombogênico para o seu início em menos de 21 dias, ou entre 21 e 42 dias de puerpério (VIEIRA et al., 2008; HOFFMAN, 2014, MACHADO et al., 2021).

A pílula de progesterona isolada ou minipílula e o injetável trimestral, por mais que sejam medidas a base hormonal, seus níveis de contraindicação não são tão dramáticos quando comparados aos hormonais combinados. Esses são contraindicados quando na presença de Sangramento uterino anormal (SUA), pois alteram a avaliação diagnóstica do problema; Gravidez (suspeita ou confirmada); câncer de mama, mediante o estímulo hormonal, ou alguma patologia com comprometimento hepático e sua atividade, pois com o fígado lesado haverá uma desregulação na homeostase, podendo acarretar alterações cardiovasculares refletindo um aumento da pressão arterial e maior risco de eventos trombóticos. Não há contraindicação mediante neoplasias ovarianas ou endometriais (HOFFMAN, 2014; FEBRASGO, 2015).

Por se tratar de um dispositivo liberador de hormônio, possui indicações semelhantes aos demais contraceptivos que possuem o mesmo princípio ativo. Como contraindicação relativa temos principalmente pacientes com patologias cardiovasculares, além do tabagismo e cirrose. Como contraindicação absoluta temos pacientes com alta carga tabágica (mais de 15 cigarros por dia), hepatite, neuropatias, trombopatias e diagnóstico de câncer de mama ativo. O anel não deve ser indicado em na presença de estenose vaginal, atrofia severa de vagina, prolapso uterino, cistocele ou retocele importantes. Estas condições durante o uso do anel favorecem processos irritativos, infecciosos e trazem maior chance de expulsão do anel (FEBRASGO, 2015).

No uso de implantes subdérmicos, a contraindicação relativa é o sangramento vaginal de origem desconhecida, devendo o mesmo ser identificado e tratado. Como contraindicação absoluta, tem-se doenças hepáticas, a presença de câncer de mama ou outro tumor dependente de progesterona, ou reação alérgica a qualquer um dos compostos do implante (FEBRASGO, 2015).

As contraindicações dos adesivos transdérmicos são semelhantes ao do implante. O adesivo não deve ser indicado para Mulheres com história de doença dermatológica esfoliativa ou pele sensível. É importante destacar que mulheres obesas usuárias de adesivos transdérmicos ou de implantes subdérmicos apresentam maiores taxas de falha contraceptivas (FEBRASGO, 2015; OMS, 2018).

Anticoncepção de emergência fica restrita a contraindicação ao método de emergência só quando em caso de gravidez confirmada. Qualquer outro fator de risco é considerado categoria 2 pela OMS, não impedindo o uso do método. Para pacientes com patologias ou fatores cardiovasculares, metabólicos ou trombóticos, recomenda-se substituir o método Yuzpe pelo de Levonorgestrel (OMS, 2018).

Para a realização da laqueadura tubária, deve haver a ausência de doença inflamatória pélvica aguda ou recente, hidrossalpinge, alterações anatômicas que dificultam a visualização adequada das trompas ou que o risco cirúrgico da paciente esteja alterado. Mas acima de tudo, o maior fator contraindicativo para a cirurgia é o desejo reprodutivo persistente. Esse último deve ser bem abordado e detalhado durante anamnese, visto que uma das maiores complicações pós-cirúrgicas é o dano psicológico pela inviabilidade gestacional futura (HOFFMAN, 2014; FEBRASGO, 2015).

Para pacientes com um ou mais parceiros, recomenda-se que quaisquer métodos contraceptivos sejam associados ao uso da camisinha, uma vez que esta, além de diminuir o índice de contracepção é a única capaz de previne ISTs.

5. CONCLUSÃO

É essencial que o profissional de medicina tenha domínio das metodologias contraceptivas existentes. A indicação do método deve ser feita por profissional da área de saúde, de forma participativa com a paciente, levando em conta seu bem estar, desejo de maternidade futura, suas características fisiológicas e métodos de preferência. A escolha do método contraceptivo deve ser feita de forma livre pelo usuário, cabendo ao profissional de saúde apresentar as opções que mais se ajustam ao perfil desejado.

6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALBUQUERQUE, J S. **Métodos anticoncepcionais reversíveis: uma revisão**. 50f, 2018. Monografia (Bacharelado em Farmácia). Universidade Federal de Campina Grande, CUITÉ – PB, 2018. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/6730> Acesso em: 26 de out. de 2021.

ALBUQUERQUE-SOUZA. et al. Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a gravidez na adolescência. **Psicologia & Sociedade**; 24(3): 588-596, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n3/12.pdf> . Acesso em: 26 de out. de 2021.

ALLEBRANDT, B. L., DAMBRÓS, B. P., & WINCK, D. R.. Estudo sobre uso de métodos contraceptivos e planejamento familiar com imigrantes haitianas. **Seminário De Iniciação Científica E Seminário Integrado De Ensino, Pesquisa E Extensão**. Recuperado de <https://portalperiodicos.unoesc.edu.br/siepe/article/view/14059> Acesso em: 26 de out. de 2021.

ALVES, L.S.; ALVES, G.C. Contracepção masculina – vasectomia experiência em clínica privada. **Rev Med Minas Gerais** 2003; 13(1):14-7. Disponível em <http://rmmg.org/exportar-pdf/1559/v13n1a05.pdf>. Acesso em 7 nov, 2021.

AMORIM, M.M.R et al . Fatores de risco para a gravidez na adolescência em uma maternidade-escola da Paraíba: estudo caso-controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 404-410, Aug. 2009. Available from <https://doi.org/10.1590/S0100-72032009000800006>. Access on 1 Nov. 2021.

BAKHURU A, STANWOOD N. Performance of contraceptive patch compared with oral contraceptive pill in a high-risk population. **Obstet Gynecol**. 2006 Aug;108(2):378-86. doi: 10.1097/01.AOG.0000228850.85346.e2. PMID: 16880309.

BEREK, J. S. BEREK &NOVAK .**Tratado de Ginecologia**. 15ª. Ed. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 2014.

BORGES, Ana Luiza Vilela et al . Satisfação com o uso de métodos contraceptivos entre usuárias de unidades básicas de saúde da cidade de São Paulo. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife , v. 17, n. 4, p. 749-756, Dec. 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292017000400749&lng=en&nrm=iso>. Access on 03 Nov. 2021.

BRANDT, et al. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista Gestão em Saúde**, 2018;18(1):54-62.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. **Diário Oficial da União**, 15 de janeiro de 1996. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL, **portaria nº 48**, de 11 de fevereiro de 1999. Ministério da Saúde. Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/1999/prt0048_11_02_1999.html. Acesso em: 26 de out. de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Anticoncepção de emergência : perguntas e respostas para profissionais de saúde** . Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 2. ed. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: www.encurtador.com.br/pdfw Acesso em 7 nov 2021

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de Atenção Básica, n. 26**. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde. 300p. 2013. Disponível em: www.encurtador.com.br/inC17 Acesso 7 abril 2022

BRASIL. **Projeto de lei nº 7364/ 2014**. Ministério da Saúde. Disponível em: www.encurtador.com.br/oxLV8 Acesso 7 abril 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual Técnico para Profissionais de Saúde : DIU com Cobre TCu 380A** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cartilha de Métodos Contraceptivos. Unidade Básica de Saúde de Planaltina** – Brasília: Ministério da Saúde. 8p. 2020. Disponível em: www.encurtador.com.br/loxBV Acesso 7 abril 2022

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria SCTIE/MS Nº 13, de 19 de Abril de 2021. Torna pública a decisão de incorporar o implante subdérmico de etonogestrel, condicionada à criação de programa específico, na prevenção da gravidez não planejada para mulheres em idade fértil: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, 22 de abril de 2021. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-sctie/ms-n-13-de-19-de-abril-de-2021-315184219> Acesso em 07 de novembro de 2021

BRUNTON, L.L. **Goodman & Gilman: As Bases Farmacológicas da Terapêutica**. 12ª ed. Rio de Janeiro: McGraw-Hill, 2012.

CHAVEIRO, JHULIA JHENE DA SILVA. **Métodos contraceptivos utilizados por puérperas-planejamento familiar**. TCC (Bacharelado em Farmácia). Faculdade de Educação e meio ambiente. Ariquemes – RO 2020. Disponível em: <https://repositorio.faema.edu.br/handle/123456789/2782> Acesso em: 02 de abril de 2022.

CHRISTIN-MAITRE S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. **Best Pract Res Clin Endocrinol Metab**. 2013 Feb;27(1):3-12. doi: 10.1016/j.beem.2012.11.004. Epub 2012 Dec 25. PMID: 23384741. Acesso em: 02 de abril de 2022.

DA SILVA, Mirella Pacheco et al. Fatores que interferem na escolha de método contraceptivo no planejamento familiar. **Saúde e Desenvolvimento Humano**, v. 9, n. 1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v9i1.7236> Acesso em: 26 de abril de 2022.

DEMIR O, OZALP M, SAL H, ARAN T & OSMANAGAOGLU M A. Evaluation of the frequency of coitus interruptus and the effect of contraception counselling on this frequency, **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, 41:3, 453- 458 (2021) DOI: 10.1080/01443615.2020.1754370 Acesso em: 26 de abril de 2022.

DE SOUSA, Beatriz Gravina. **Aleitamento materno: Vantagens para a mãe e para o bebê e os porquês do desmame precoce**. Repositório de Trabalhos de Conclusão de Curso. Faculdade de Ciências Gerenciais de Manhuaçu – MG, 2019. Disponível em: www.pensaracademico.unifacig.edu.br/index.php/repositoriotcc/articloe/view/913 Acesso em 26 de abril de 2022

DIAS PMM, OLIVEIRA JM, LUSTOSA AP, LIMA HKLS, MOREIRA KAP, PEREIRA TM. Repercussões da gravidez na adolescência na vida da mulher adulta. **Rev Rene (Online)**. 2017 jan-fev;18(1):106-13. doi: 10.15253/2175-6783.2017000100015 Acesso em: 26 de abril de 2022.

DUARTE, B K ; FRANCISCO, A M. O Método de Ovulação Billings: uma escolha do casal. **CIAIQ2019**, v. 2, p. 1121-1130, 2019. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2227/2151> Acesso em 26 de abril de 2022.

EVANGELISTA, D.R. **Análise do líquido pré ejaculatório e sua relação com a eficácia do coito interrompido**. 86f, 2012. Tese (Doutorado). Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012. Disponível em: https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UFC-7_d6e85665b7e913e10b954a075d62aaee Acesso em 15 de abril de 2022.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Anticoncepção**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/> .Acesso em 7 abril. 2022

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Anticoncepção em mulheres com HIV**. São Paulo, 2018. <https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/702-anticoncepcao-em-mulheres-com-hiv-aids> Acesso em 7 abril. 2022

FERREIRA, A. A.; ROZA, A. D. S.; NEVES, I. H. Q.; ARGENTINA, C. I. M. Rejeição ao uso do Dispositivo Intra-uterino (DIU) como método contraceptivo em mulheres em idade reprodutiva. **ANAIS DO FÓRUM DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO UNIFUNEC**, v. 9, n. 9, 4 mar. 2020.

FIGUEIRA, Juliana Ribeiro. **Impacto da violência sexual em mulheres com disfunção sexual**. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo - SP, 2020.

Disponível em: https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/17/17145/tde-23082020-142115/publico/J_ULIANARIBEIROFIGUEIRA.pdf Acesso 25 abril de 2022

FIOCRUZ. **Contraceção de emergência**. Rede Internacional de Educação de Técnicos em Saúde, 2016. Disponível em: <http://www.rets.epsjv.fiocruz.br/contracecao-de-emergencia> Access on 09 Nov. 2021.

FREITAS, F. **Rotinas em Ginecologia**. 6.ed. Artmed: 2011.

FREUNDL, G.; SIVINI, I.; BATÁR, I. State of the art of non-hormonal methods of contraception: IV. Natural family planning. **Eur J Contracept Reprod Health Care**. V.15, n.2, p.113-23, apr. 2010.

GIORDANO, M. V.; GIORDANO, L. A.; PANISSET, K. S. Dispositivo intrauterino de cobre. **FEMINA**, v. 43, n. 1, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4850.pdf> Acesso em 10 abril de 2022

GOMES, A.M.B. **Ações educativas para uma vida sexual saudável: ênfase no uso de contraceptivos para prevenção de gravidez indesejada e infecções sexualmente transmissíveis**. 128f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais-MG, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/32846/1/TCM%20-%20Aline%20Michel%200Barbosa%20Gomes.pdf>. Acesso em: 02 de Nov de 2020

GUIMARAES, A.M.D.N.; VIEIRA, M.J.; PALMEIRA, J.A.. Informações dos adolescentes sobre métodos anticoncepcionais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 293-298, June 2003 . Available from <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692003000300005>>. access on 1 Nov. 2020.

HOFFMAN, B.L. et al. **Ginecologia de WILLIAMS**. 2 ed. Porto Alegre. Artmed. 2014.

INTERNATIONAL PLANNED PARENTHOOD FEDERATION. How to use an external (male) condom. **[on-line]**. United Kingdom – UK, 2020. Disponível em : <https://www.ippf.org/blogs/how-use-external-male-condom> Access on 24 apr 2022.

MACHADO, RB et al. Long-Acting Reversible Contraception. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro , v. 39, n. 6, p. 294-308, June 2017 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032017000600294&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2020.

MACHADO, R B. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) em nulíparas. **FEMINA**, v. 4 2018. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1050128/femina-2018-464-222-227.pdf> Acesso em 10 abril de 2022

MACHADO, R B et al. Aspectos práticos quanto à escolha do contraceptivo oral combinado **FEMINA** 2021;49(8):454-60. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/FeminaZ2021Z49Z08ZWeb.pdf> Acesso em 10 abril de 2022

MAGALHAES, A.C. de et al. Vivência da mulher na escolha do Método de Ovulação Billings. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 485-492, Aug. 2013. Available from < <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000400004>>. Access on 11 Nov. 2020.

MARCHI, N.M; ALVARENGA, A.T; OSIS, M.J.D.; GODOY, H.M.A.; GUIMARÃES, M.C.B.; BAHAMONDES, L. Consequências da Vasectomia: experiência de homens que se submeteram à cirurgia em Campinas (São Paulo), Brasil. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.3, p.568-578, 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n3/04.pdf>. Acesso 7 nov, 2020.

MASTERS, W, JOHNSON, V E. A conduta sexual humana. 4ª ed. Rio de Janeiro: **Ed. Civilização Brasileira**, 1981.

MATSUOKA JS, GIOTTO AC. Contraceptivo de emergência, sua funcionalidade e a atenção farmacêutica na garantia de sua eficácia. **Ver Inic Cient Ext** [Internet]. 16º de agosto de 2019 ;2(3):154-62. Disponível em: <https://revistasfacesa.senaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/250> Acesso em 7 nov. 2021

MOREIRA, LMA. Métodos contraceptivos e suas características. In: **Algumas abordagens da educação sexual na deficiência intelectual** [online]. 3rd ed. Salvador: EDUFBA, 2011, pp. 125-137. Bahia de todos collection. ISBN 978-85-232-1157-8. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 7 nov. 2021

MOTA. **Protocolo de enfermagem na atenção básica do Coren-PE**. Conselho Regional de Enfermagem de Pernambuco. Recife: COREN, 2019. 384 p. : il. ; 30 cm. Disponível em: <https://www.coren-pe.gov.br/novo/wp-content/uploads/2019/05/PROTOCOLO-DE-ENFERMAGEM-NA-ATEN%C3%87%C3%83O-B%C3%81SICA.pdf> Acesso em 28 de abril de 2022

OLSEN, JULIA MARIA et al. Práticas contraceptivas de mulheres jovens: inquérito domiciliar no Município de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública** [online]. 2018, v. 34, n. 2, e00019617. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00019617> Acessado 9 Novembro 2021

Organização Mundial da Saúde. **Family Planning - A global handbook for providers**. Universidade Johns Hopkins. Genebra, 2018. 460 p. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9780999203705> Acesso em 7 abril 2022

PADILHA, T; DERETTI, E A. Método de Ovulação Billings: entre eficácia e desconhecimento. **Revista Bioética** [online]. 2021, v. 29, n. 1 [Acessado 8 Novembro 2021], pp. 208-219. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-80422021291460>>. Epub 21 Maio 2021. ISSN 1983-8034. <https://doi.org/10.1590/1983-80422021291460>.

PANISSET K, VICENTE GIORDANO M, AUGUSTO GIORDANO L. Contracepção injetável trimestral. **Femina**. 2015; 43: suppl. 1

PASSOS, E.P. **Rotinas em Ginecologia** 7 ed. Artmed, 2017.

- RANIERI, C. M.; SILVA, R. F. **Atenção farmacêutica no uso de métodos contraceptivos**. 2011. 47f. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Farmacologia do Centro Universitário Filadélfia de Londrina –UNIFIL, Londrina. 2011.
- ROSANELI, C.F.; COSTA, N.B.; SUTILE, V.M.. Proteção à vida e à saúde da gravidez na adolescência sob o olhar da Bioética. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, e300114, 2020. Available from <<https://doi.org/10.1590/s0103-73312020300114>>. accessed 1 Nov. 2020. Epub June 03, 2020.
- SANTOS, A C A. **'Adeus, hormônios': concepções sobre corpo e contracepção na perspectiva de mulheres jovens**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, University of São Paulo, São Paulo, 2018. doi:10.11606/D.6.2018.tde-15052018-092501. Acesso em: 2020-11-09.
- SANTOS, A.R.S. **Evidências da disfunção erétil como preditor de doença cardiovascular: revisão integrativa**. TCC (Graduação em Enfermagem), 53f. Universidade Federal do Maranhão, São Luís – MA. 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/123456789/2058>. Acesso em: 06/11/2021
- SILVA, CRISTIANE VANESSA *et al.* **Histórias de utilização de pílulas anticoncepcionais no Brasil, na década de 1960**. 183 f. Dissertação (Mestrado) - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/25248/2/cristiane_silva_iff_mest_2017.pdf. Acesso em: 7 nov. 2020.
- SILVA, E.C.F.; NETO, O.H.C. Consumo e conhecimento de contraceptivos orais combinados por estudantes de farmácia da faculdade ciências da vida. **Semantic Scholar**, 2017. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/CONSUMO-E-CONHECIMENTO-DE-CONTRACEPTIVOS-ORAIS-POR-Silva-Neto/c2410c9a13cf537c1cca4ab4ee3a806abec54a07?p2df> Acesso em: 2021-11-09.
- SILVA, D.M.M. **Métodos contraceptivos e a representação social apresentada em livros didáticos de ciências adotados em escolas públicas da cidade de Codó-MA**. 64f, 2019. TCC (Licenciatura). Biologia, Universidade Federal do Maranhão, Codó-MA, 2019. Disponível em: <https://monografias.ufma.br/jspui/handle/123456789/4041> Acesso em: 2021-11-09.
- SOUZA, E F D. **A importância do planejamento familiar com uso adequado dos métodos anticoncepcionais na Estratégia de Saúde da Família**. 36f. 2014. Monografia (Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina. JOÃO PESSOA- PB, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/172536> Acesso em: 2021-11-09
- VIEIRA, CS; BRITO, MB; YAZLLE, MEHD. Contracepção no puerpério. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia** [online]. 2008, v. 30, n. 9 [Acessado 28 Abril 2022], pp. 470-479. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0100-72032008000900008>>.