Saúde da MULHER
Epidemiologia, Intervenções, Casos Clínicos e Políticas de Saúde
Ed. XVII

Capítulo 29

CONTRACEPÇÃO: UMA PERSPECTIVA ATUALIZADA

AMANDA COMETTI DE ANDRADE[1]
ANA CAROLINA FALCK ALMEIDA[1]
ANA CAROLINA ROCHA SANTOS[1]
ANGELA DOS SANTOS AVAKIAN[1]
BRUNA LUIZA GARMATZ [1]
DAFNY WASZAK DE SOUZA[2]
ELISA RODRIGUES MULLER[1]
GABRIELA DE BORTOLI PACHECO[1]
GABRIELA PEREIRA MACELARO[1]
GABRIELLE GUINDANI MAIA[1]
GIOVANA RECH[1]
MANUELA MORALES BORGES[1]
NATÁLIA VIVIAN LOSS[1]
TAYSE GABRIELLE MIGUEL MEDEIROS[2]

[1] Discente - Medicina da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
[2] Discente - Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Palavras Chave *Métodos contraceptivos; Planejamento familiar; Saúde reprodutiva.*

Doi 10.59290/978-65-6029-130-0.29

EDITORA PASTEUR

INTRODUÇÃO

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU), tornou-se um pilar na garantia dos direitos reprodutivos às mulheres. No Brasil, ocorreu-se pela constituição federal de 1988. Existem diversos métodos de contracepção permitindo uma maior segurança às mulheres para o controle reprodutivo e as suas condições de saúde. No entanto, seus conhecimentos ainda são pouco difundidos em classes sociais mais baixas, ocasionando em gravidez não planejada, abortos provocados ou inadequação de seus usos. Este capítulo objetiva-se esclarecer sobre os diversos métodos contraceptivos, seu uso correto, indicações e contra indicações (BRASIL, 2004; BRASIL 1984).

Com a garantia dos Direitos Humanos de 1948 e a Constituição Federal de 1988, onde estabelece que a saúde é direito de todos e dever do estado, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) onde traz a visão da mulher como ser humano além da visão materna e pré-natalista. Visando buscar uma lei que abrangesse todos os aspectos do direito feminino, dentre eles, a contracepção, surgiu a Lei 9.263 de 12 de janeiro de 1996 onde regulamentou o planejamento familiar (BRASIL, 2004; BRASIL 1984; FEBRASGO, 2015).

O planejamento é caracterizado pelo conjunto de ações que regulamentam o progresso de fundação da mulher, do homem ou do casal, garantindo o direito de aumento ou de limitação. A contracepção está inserida dentro do planejamento familiar, e refere-se a utilização de técnicas ou métodos a fim de impedir uma gravidez cientificamente aceitas e que não coloque em risco a vida e saúde das pessoas. Nesse contexto, as Nações Unidas definiram como um dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inserindo o acesso à contracepção até 2030 (BRASIL, 2004; BRASIL 1984; FEBRASGO, 2015).

Atualmente, no Brasil, houve um significativo aumento na prevalência dos métodos contraceptivos, entretanto, o seu acesso ainda perpassa por desigualdades nas diferentes classes sociais, etnias e na regionalização do País. Mulheres brancas, mais escolarizadas e residentes da região Sul e Sudeste são as que mais utilizam contraceptivo oral e dupla proteção. Um estudo recente relata que 83,7% da população feminina apresenta realiza algum tipo de contracepção, sendo a pílula e o preservativo masculino os métodos mais utilizados (ARAÚJO *et. al.*, 2023).

O objetivo desta revisão literária é de analisar os métodos contraceptivos disponíveis atualmente, bem suas indicações e mecanismos de ação, de modo a garantir amplo conhecimento sobre a saúde sexual e reprodutiva.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão literária narrativa realizada no período de março a maio de 2024, por meio de pesquisas na base de dados PubMed e em documentos e manuais públicos. Foram utilizados descritores de forma livre para cada método contraceptivo.

Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, disponibilizados na íntegra e gratuitos e que exploravam o tema proposto. Foram incluídos estudos do tipo revisão, revisão sistemática, metanálise e ensaio clínico randomizado. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, disponibilizados apenas na forma de resumo, que não se adequassem à temática do estudo ou que não atendiam aos demais critérios de inclusão.

Após os critérios de seleção, os artigos foram submetidos à análise minuciosa para a coleta dos dados. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, divididos em categorias temáticas abordando os diversos métodos contraceptivos, seu mecanismo de ação, eficácia e efeitos adversos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os métodos contraceptivos podem ser classificados em métodos reversíveis e irreversíveis. Fazem parte dos meios reversíveis a contracepção hormonal oral, contracepção de emergência, e os de longa duração (como as opções hormonais injetáveis musculares, e dispositivos subcutâneos e intrauterinos e vaginais). Também existem os métodos de barreira como os preservativos masculino e feminino e o diafragma, e os espermicidas. Além desses, são considerados métodos naturais ou comportamentais àquelas relacionados a predição do período fértil, o método da amenorreia lactacional e o coito interrompido. Por outro lado, os métodos irreversíveis são a laqueação tubária e a vasectomia (SPDC, 2020). No Brasil, o SUS oferta os seguintes métodos, de acordo com diretrizes específicas: esterilização feminina e masculina; pílula anticoncepcional (combinada ou minipílula); preservativo feminino e masculino; pílula do dia seguinte; hormônios injetáveis, DIU de cobre (dispositivo intrauterino); adesivo transdérmico; anel vaginal e implante anticoncepcional (BRASIL, 2009).

1 MÉTODOS REVERSÍVEIS

1.1 Contracepção Hormonal Oral

1.1.1 Anticoncepcionais orais combinados

Os anticoncepcionais orais (ACOs) são formulações que incluem etinilestradiol (EE) associados a progestogênios. A eficácia é de 99,9% e sua efetividade varia entre 97 e 98% (DAVID, 2006; PASSOS *et al.*, 2023).

Os ACOs inibem a secreção de gonadotrofinas, impedindo a ovulação. O componente progestogênico inibe a secreção do hormônio luteinizante (LH), bloqueando o pico desse hormônio necessário para a ovulação. O componente estrogênico atua predominantemente sobre o hormônio folículo-estimulante (FSH), impedindo o desenvolvimento folicular, além de também estabilizar o endométrio, evitando a descamação irregular, e potencializar a ação do progestogênio (PASSOS *et al*., 2023).

Os ACOs estão preferencialmente indicados para mulheres sadias, não fumantes, com idade inferior a 35 anos e sem fatores de risco para trombose venosa profunda. O uso em pacientes acima dos 40 anos é recomendado pela Comissão sobre Fertilidade e Saúde Materna do Food and Drug Administration (FDA) e American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) para mulheres sadias e com perfil de risco conhecido, de preferência utilizando baixas dosagens hormonais. A idade e a obesidade são fatores de risco independentes para eventos cardiovasculares e para tromboembolismo venoso, devendo ser individualizada a razão risco-benefício, particularmente em mulheres com sobrepeso. Em relação ao risco de câncer de mama em mulheres entre 45 e 50 anos, o ACOG sugere que deve-se assumir que o risco seja semelhante ao encontrado com a terapia hormonal na menopausa (DAVID, 2006; PASSOS *et al*., 2017).

Na maioria dos casos em que há gestação durante o uso de um ACO a concepção ocorreu por irregularidade na tomada ou por má absorção do fármaco. O uso concomitante de ACOs e outros fármacos podem ocasionar interações medicamentosas, é o caso da rifampicina, barbitúricos, carbamazepina e oxcarbazepina, fenitoína, topiramato e lamotrigina. Nesses casos,

deve-se reforçar ou substituir as medidas contraceptivas (PASSOS *et al*., 2023).

1.1.2 Anticoncepcionais somente com progestogênios

As minipílulas são compostas por acetato de noretindrona e levonorgestrel e possuem um maior índice de falha, tendo um índice de Pearl de 0,5:100 mulheres/ano. O mecanismo de ação se dá através do espessamento do muco cervical e da inibição da implantação do embrião no endométrio. Não é um método anovulatório devido às concentrações de progestogênios. As minipílulas são indicadas quando não há tolerância ou há contraindicação ao uso de estrogênios e durante a amamentação (PASSOS *et al*., 2023; GRIMES *et al*., 2013).

O progestogênio isolado, constituído de desogestrel, provoca anovulação em 97% das usuárias, além de tornar o muco cervical espesso, dificultando a ascensão dos espermatozóides. Possui um índice de Pearl de 0,4:100 mulheres/ano, sendo mais eficaz que as minipílulas, uma vez que são capazes de inibir o eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Estão indicados durante a amamentação, em mulheres que possuem contraindicação ao uso do estrogênio ou não desejam utilizar um ACO. Os eventos adversos incluem sangramento irregular, oligomenorreia ou amenorreia, acne, mastalgia, náuseas, aumento de peso, alterações do humor e diminuição da libido (PASSOS *et al*., 2023; GRIMES *et al*., 2013).

1.1.3. Contracepção de Emergência

A contracepção de emergência é utilizada para prevenir a gravidez após uma relação sexual que ocorreu na ausência de contracepção. Está indicada nos casos de uso incorreto de métodos contraceptivos, relações sexuais na ausência de qualquer método contraceptivo e em casos de violência sexual (PASSOS *et al*., 2023; BATUR *et al*., 2016).

Para a anticoncepção de emergência utiliza-se levonorgestrel. A administração deve ser feita preferencialmente em até 72 horas após relação sexual na ausência de contracepção para que a chance de gravidez seja reduzida em torno de 85%, uma vez que seu mecanismo de ação acontece através do atraso da ovulação (PASSOS *et al*., 2023).

Não existem contraindicações para uso da pílula de emergência com levonorgestrel, podendo ser empregada quantas vezes forem necessárias sem perda da eficácia. Entretanto, mulheres que façam uso frequente da contracepção de emergência devem ser aconselhadas sobre a necessidade de utilizar uma forma permanente de contracepção, cuja eficácia é superior (BATUR *et al*., 2016).

1.2 Contracepção Reversível de Longa Duração

Em comparação aos métodos de curta duração, a contracepção de longa duração tem eficácia superior, sendo as taxas de gravidez inferiores a 1% ao ano com uso perfeito e típico. Além disso, independe da motivação da usuária ou ação médica recorrente, apresentando maior satisfação e continuidade uso entre os métodos reversíveis. O aconselhamento é indispensável para desfazer mitos e aumentar a taxa de uso (MACHADO *et al*., 2017).

1.2.1 Dispositivos intrauterinos

O DIU de cobre é um dos métodos contraceptivos mais utilizados no mundo. É uma estrutura de polietileno, revestida parcialmente por cobre, no Brasil está disponível o DIU TCu 380A, com duração contraceptiva de 10 anos. O índice de Pearl varia entre 0,5-0,7:100 mulheres/ano. O mecanismo de ação se dá por meio de uma resposta inflamatória citotóxica espermicida, com aumento na produção local de prostaglandinas e inibição da implantação, além de alterar a mobilidade espermática, fazendo com que haja uma menor ascensão dos espermatozóides no trato genital superior. Os efeitos colaterais são aumento do fluxo e irregularidade menstrual, aumento da chance de spo-

tting, principalmente nos primeiros três a seis meses após a inserção e dismenorreia (PASSOS *et al*., 2023; RIVERA *et al*, 1999).

O sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG) é um endoceptivo composto por uma matriz de plástico em formato de T contendo um reservatório de levonorgestrel. A taxa de liberação de levonorgestrel é de 20 μg/dia no primeiro ano de inserção, com diminuição progressiva ao longo dos anos,com duração contraceptiva de 5 anos. O mecanismo de ação ocorre sobre o muco cervical, inibindo a motilidade espermática, reação a corpo estranho e mecanismos moleculares. O efeito no eixo hipotálamo-hipófise-ovário é mínimo devido a baixa absorção sistêmica do levonorgestrel, o que ocasiona ovulação em cerca de 85% das mulheres. O índice de Pearl é de 0,2:100 mulheres/ano, assemelhando-se à esterilização feminina. O principal efeito colateral é a mudança no padrão do sangramento menstrual devido à ação do progestogênio sobre o endométrio, podendo ocasionar sangramento prolongado ou spotting, entretanto, em cerca de 74 a 98% observou-se diminuição do fluxo menstrual e em 20 a 60% presença de amenorréia (PASSOS *et al*., 2023; RIVERA *et al.*, 1999).

As inserções dos dispositivos intrauterinos devem ser feitas por profissional médico e o procedimento pode ser realizado em qualquer momento do ciclo menstrual, desde que seja descartada a presença de uma gestação (PASSOS *et al*., 2017).

1. 2. 2 Dispositivos subcutâneos

Os implantes subdérmicos utilizam progesterona (etonogestrel e levonorgestrel) em cápsulas ou bastões de polímeros. A dispensação é lenta, estável e ignora o metabolismo hepático de primeira passagem. Não possuem estrógenos e não induzem a picos plasmáticos hormonais (ROCCA *et al*., 2021).

Os dispositivos implantáveis de levonorgestrel (LNG), sendo o Norplant composto por 6 cápsulas de 36 mg de LNG e o Norplant II (Jadelle) que contém duas hastes de silástico de 75 mg de LNG cada. Ambos apresentam duração de 5 anos. O mecanismo de ação deve-se a redução do hormônio luteinizante e do hormônio folículo estimulante, inibindo a ovulação. O Norplant possui características específicas como a redução da taxa de transferência de óvulos entre tuba e endométrio. Os efeitos adversos mais importantes são: sangramento irregular (aumento ou diminuição no fluxo) nos seis primeiros meses, escapes, alterações de humor e dores de cabeça. Os sintomas tendem a se regularizar conforme a liberação do hormônio, contudo é necessário atentar para hemorragias que ocorrem em até 30,7% das usuárias, que representam o principal motivo de interrupção do uso. As contraindicações à inserção são: sangramento uterino anormal, hepática ativa, gravidez confirmada ou suspeita, câncer de mama, câncer do trato genital e doença cerebrovascular ou arterial coronariana. A eficácia é maior do que contraceptivos orais e DIUs, mas a eficácia diminui proporcionalmente ao aumento do índice de massa corporal (ROCCA *et al*., 2021).

Já os dispositivos implantáveis de etonogestrel (ENF) Implanon e Nexplanon, utilizam um transportador sintético de haste única e radiopaca de 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro, com 68 mg de ENG, colocados geralmente na parte superior de braço não dominante, podendo ser deixado no local por três anos. Os efeitos adversos mais importantes são polimenorragia, sangramento irregular e escapes, amenorréia. A taxa de falha é de 1/1000 inserções. Após a interrupção do uso, o retorno da ovulação pode ocorrer em até um mês (cerca de 40% das usuárias) (BHATIA *et al*., 2011).

1.2.3 Injetáveis

As aplicações injetáveis para contracepção podem ser combinadas (progesterona e estrogênio) com duração de um mês e apenas de progesterona, com duração de três meses. A in-

jeção de medroxiprogesterona de depósito, a forma mais comum de progesterona injetável simples, pode causar o atraso na concepção de 9 a 10 meses e interrupção do fluxo menstrual. Algumas outras desvantagens desse método são os efeitos colaterais hemorrágicos, ganho de peso, densidade óssea reduzida (mesmo que temporária), não aconselhado durante a amamentação precoce, dosagem sérica inicial elevada. As vantagens são: durabilidade, menor curso, alta eficácia (GLOBAL HEALTH, SCIENCE AND PRACTICE, 2014).

A injeção muscular combinada pode ter duas formulações: (DMPA) 25 mg + cipionato de estradiol (E2C) 5 mg, bem como enantato de noretisterona (NET-EN) 50 mg + valerato de estradiol (E2V) 5 mg. Embora tenham apresentado taxas mais baixas de interrupção precoce devido à amenorreia ou outros problemas hemorrágicos do que os contraceptivos somente com progesterona, as taxas foram mais altas para descontinuação geral e descontinuação devido a outras razões médicas (GALLO *et al*., 2008). Também foi relatado maior propensão ao desenvolvimento de depressão leve, como no método de anticoncepção oral (KHAFAGY *et al*., 2021).

1.3 Adesivo transdérmico antioncepcional

O adesivo transdérmico possui 20 cm² e contém 15 µg de norelgestromin e 35 µg de etinilestradiol, devendo ser aplicado uma vez por semana durante três semanas, seguido de uma semana sem o adesivo. A eficácia é parecida com contraceptivos orais combinados, sendo a taxa de falha cerca de 0,7%. A diminuição da eficácia também ocorre em mulheres com peso corporal maior que 90 kg. Proporciona a estabilidade na entrega do estrogênio, mas com uma maior exposição. Por conter estrogênio, há o aumento do risco de tromboembolismo venoso e desfechos como infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral isquêmico. Alguns efeitos adversos mais comuns são náuseas, labilidade emocional, dor de cabeça e nas mamas. O ganho de peso, taxas de sangramento e escape são mínimos. O adesivo também pode provocar reação alérgica, geralmente leve e moderada, sem necessidade de descontinuar o uso. O descolamento do adesivo também pode ocorrer, sendo necessário substituí-lo quando se desprendem total ou parcialmente (GALZOTE *et al*., 2017).

1.4 Métodos Contraceptivos de Barreira

Os métodos de barreira impedem a ascensão dos espermatozóides para a cavidade uterina, por meio de ações mecânicas ou químicas. Nesse grupo estão incluídos: preservativos femininos e masculinos, diafragma, espermicidas, esponjas e capuz cervical. Além de serem eficazes na prevenção de gravidez, os métodos de barreira são os únicos que protegem contra infecções sexualmente transmissíveis, tornando-se essenciais independentemente dos objetivos do planejamento familiar (GENAZZANI *et al*., 2023).

Além disso, os métodos contraceptivos de barreira só são eficazes se usados de forma consistente e cuidadosa. Estes métodos exigem uma participação considerável do paciente durante ou antes de cada ato sexual e há, portanto, grande margem para uso ineficiente, o que pode levar a um uso ineficaz devido a instruções deficientes ou interferência na intimidade do casal. Por isso é crucial que os médicos compreendam as preocupações de seus pacientes antes de fazer recomendações (SMITH e BARIN, 1983).

1.4.1. Preservativos

O preservativo feminino é feito de película de plástico ou látex natural (a depender do modelo) transparente lubrificada com silicone e possui um anel interno ou esponja, para facilitar a introdução na vagina, e um anel fixo na borda externa, para facilitar a penetração do pênis e a remoção do dispositivo. Representa menos de

1% de todos os preservativos produzidos globalmente e, no Brasil, não há boa aceitação devido ao seu maior custo (apesar de também estar disponível no SUS) e dos ruídos incômodos que ocorrem durante a relação sexual. A única contraindicação ao uso do preservativo feminino é a alergia ao látex, para os modelos que são fabricados a partir desse componente. Por ter uma cobertura mais ampla da genitália externa, o preservativo feminino pode produzir uma maior proteção contra as ISTs. O preservativo deve ser colocado até 8 horas antes da atividade sexual (SMITH & BARWIN, 1983).

Já o preservativo masculino é popularmente conhecido como "camisinha". De todos os métodos de barreira, é o mais utilizado no Brasil, devido à ampla divulgação, ao baixo custo e à distribuição gratuita no Sistema Único de Saúde (SUS). Está disponível em uma variedade de formas, dimensões (47 a 69mm de largura/178 a 223 mm de comprimento), cores e espessuras, com ou sem lubrificantes (hidrossolúveis ou não) ou espermicidas. A maioria é feita de látex, material a que alguns pacientes podem apresentar alergia, mas também pode ser produzido de material sintético (poliuretano, poliisopreno, nitrilo). Os lubrificantes vaginais podem ser utilizados em conjunto. Entretanto, os lubrificantes oleosos não devem ser utilizados com os preservativos de látex, pelo risco de microrrupturas e falha do método. A única contraindicação ao uso dos preservativos masculinos também é a alergia ao látex. A taxa de falha varia de 2% a 16% e depende tanto da resistência e do tipo de material utilizado quanto da utilização correta pelo usuário (SMITH & BARWIN, 1983)

1.4.2 Diafragma

O diafragma é um copo raso de borracha reforçado por um aro contendo uma mola. O uso de um agente espermicida aumenta a eficácia do diafragma. O dispositivo deve ser inserido no máximo 6 horas antes da relação sexual, sendo necessária uma nova aplicação de espermicida a cada ato coital repetido. O diafragma não deve ser removido até 6 a 8 horas após o último coito. As taxas de fracasso estão na faixa de 1,9-2,0 gestações/100 mulheres-ano. O diafragma é seguro, eficaz, temporário, natural, fácil de usar e barato. As desvantagens são que o diafragma interfere na espontaneidade sexual, é confuso e inconveniente, e algumas mulheres não podem ser adaptadas devido a anomalias anatômicas (SMITH & BARWIN, 1983).

1.4.3 Capuz Vaginal

O capuz cervical é um dispositivo de borracha ou plástico em forma de dedal que é colocado sobre o colo do útero para fornecer uma barreira contra os espermatozoides. A tampa é frequentemente usada em combinação com um agente espermicida e deve ser deixada no lugar pelo menos 12 horas após a relação sexual para evitar que os espermatozóides viáveis restantes entrem no útero. As taxas de falha dos capuzes cervicais comparam-se favoravelmente com as dos diafragmas (3-16% e 1,9-19,6%, respectivamente). O capuz cervical pode permanecer no lugar por mais tempo do que outros métodos de barreira e não há necessidade absoluta de usar espermicidas químicos. As desvantagens do capuz cervical são o número limitado de tamanhos disponíveis e o fato de 40-60% das mulheres não poderem ser colocados, incluindo aquelas com colo do útero longo, colo do útero plano e cúpula, ou prolapso vaginal (SMITH & BARWIN, 1983).

1.4.4 Esponja Vaginal e Espermicidas

São discos de espuma que contém espermicida e devem ser umedecidos e colocados no fundo da vagina recobrindo o colo do útero. As esponjas vaginais são feitas de vários tipos de polímeros sintéticos e naturais. As esponjas desenvolvidas recentemente incorporaram espermicida porque descobriram que uma esponja de colágeno era mais eficaz quando usada com um

espermicida do que quando usada sem. Uma esponja feita de polímero sintético fornece uma forma de contracepção de barreira dupla. (SMITH & BARWIN, 1983)

A esponja pode ser inserida até 24 horas antes da relação sexual, deve permanecer na vagina por no mínimo 8 horas após o coito e pode permanecer no local por no máximo 2 dias. A esponja vem equipada com cordão de náilon para facilitar a remoção e é descartável (SMITH & BARWIN, 1983).

A esponja vaginal apresenta vantagens claras em relação ao contraceptivo oral, evitando muitos de seus potenciais efeitos colaterais. Além disso, sua utilização é simples, não necessitando de supervisão médica para a adaptação, uma vez que as esponjas são disponibilizadas em apenas um tamanho (SMITH & BARWIN).

No entanto, as mulheres citaram o desconforto para si mesmas ou para os seus parceiros como a principal razão para a interrupção do uso de esponjas vaginais. Outras razões para a interrupção incluem gravidez não planejada, dificuldade com remoção ou inserção, odor e possível ressecamento vaginal. Os principais problemas médicos associados às esponjas vaginais são infecção vaginal, reações alérgicas à esponja ou ao espermicida ou irritação causada pelo espermicida (SMITH & BARWIN, 1983).

1.5 Métodos Contraceptivos Comportamentais

Além dos métodos de barreira, os métodos contraceptivos comportamentais são amplamente utilizados e podem oferecer vantagens para mulheres que não desejam ou não podem usar terapia hormonal. No entanto, eles possuem uma taxa de falha significativa e requerem treinamento das pacientes para o uso adequado (GENAZZANI *et al*., 2023).

Além disso, nem todas as mulheres são candidatas ideais para esses métodos, especialmente aquelas com ciclos menstruais irregulares devido à puberdade, perimenopausa ou síndrome dos ovários policísticos (SOP), o que pode aumentar as taxas de falha. Nessas circunstâncias,a janela de fertilidade tende a ser ampla e variável de ciclo para ciclo e de pessoa para pessoa, com praticamente todos os dias podendo ser considerados férteis, especialmente em ciclos irregulares (GENAZZANI *et al.*, 2023).

Os métodos contraceptivos naturais incluem abstinência e FABMs (Fertility Awareness-Based Methods), como métodos de calendário, método de ovulação Billings, método sintotérmico e monitoramento de fertilidade (GENAZZANI *et al*., 2023).

1.5.1 Método de Ogino-Knaus

O método de Ogino-Knaus, também chamado de ritmo, calendário ou tabelinha, consiste na abstinência sexual entre o primeiro e o último dia fértil calculado pelo método de probabilidade de Ogino-Knaus. Nesse método, a paciente deve registrar o número de dias de cada ciclo por, pelo menos, seis meses. Para a definição do primeiro dia do período fértil, deve ser subtraído 18 do número de dias de duração do ciclo mais curto; o último dia do período fértil é calculado subtraindo-se 11 do número de dias do ciclo mais longo. Dada a elevada variabilidade biológica na duração do ciclo menstrual, particularmente em alguns períodos da vida da mulher, este método é menos eficaz (GENAZZANI *et al*., 2023).

1.5.2 Temperatura Basal

Esse método se baseia na observação da alteração da temperatura basal ao longo do ciclo menstrual. Na primeira fase do ciclo, a temperatura tende a permanecer relativamente estável. Próximo à ovulação, há uma leve queda de 0,5 grau, seguida por um aumento de aproximadamente 1 grau após a ovulação, devido à ação da progesterona. Essa elevação é monitorada por três dias consecutivos, após os quais as relações sexuais podem ser retomadas. No

entanto, devido à dificuldade em identificar precisamente o início do período fértil com este método, seu uso é limitado (GENAZZANI *et al*, 2023).

1.5.3 Muco Cervical ou Método Billings

O método de ovulação Billing baseia-se no monitoramento do muco cervical e, para isso, é necessário o conhecimento das suas variações físico-químicas mediante o estímulo hormonal. Em resumo, o estrogênio produzido na primeira fase do ciclo faz com que o muco cervical, quando se aproxima do período ovulatório, se torne abundante, aquoso e filante, semelhante à clara de ovo. Já a progesterona, produzida na segunda fase do ciclo (fase lútea), portanto no período pouco fértil, deixa o muco cervical mais espesso. Sendo assim, o casal deve evitar a atividade sexual no período em que o muco está abundante e filante (GENAZZANI *et al*., 2023).

1.5.4 Sintotérmico

O método sintotérmico combina os métodos de Ogino-Knaus, muco cervical e temperatura basal. O coito deve ser evitado quando o calendário ou muco cervical sugerir o início da fase fértil e pode ser retomado quando outra indicação (temperatura corporal basal ou muco cervical) sugerir o fim da fase fértil. Um estudo de coorte prospectivo envolvendo 900 mulheres avaliou a eficácia do método sintotérmico durante um período de observação de 13 ciclos, que pode ser aproximadamente comparado ao IP (período de observação de 12 meses). A taxa de gravidez indesejada por 100 mulheres por ano (13 ciclos) foi de 1,61, que diminuiu para 0,43 com o uso preciso do método sintotérmico (ou seja, com abstinência total durante o período fértil). Após 13 ciclos de uso do método, a taxa de satisfação geral foi de 91,8%, com uma taxa de descontinuação por insatisfação ou dificuldade do método de 9,2 por 100 mulheres (GENAZZANI *et al*., 2023).

1.5.5 Amenorreia Lactacional

Outro método de contracepção comportamental é o Método da Amenorréia Lactacional (LAM). O aleitamento materno pode aumentar os níveis de prolactina, resultando na supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, o que leva à anovulação e à amenorreia. A amamentação exclusiva, quando utilizada como método contraceptivo, apresenta vantagens como a ausência de custos diretos, a capacidade de ser iniciada imediatamente após o parto e a não necessidade de uso de hormônios exógenos. No entanto, para assegurar a eficácia desse método, é essencial que sejam cumpridos todos os pré-requisitos, incluindo um período de até seis meses após o parto, amamentação sem suplementação e sem grandes intervalos entre as mamadas (pelo menos 5 mamadas regulares/dia, incluindo quatro durante o dia e uma à noite), e a ausência de menstruação. No entanto, este método só pode ser temporário e deve ser substituído por outro método após seis meses ou antes se os critérios não forem totalmente atendidos, e pode ter uma alta taxa de falha devido à variabilidade do retorno da ovulação, por isso não será considerado mais adiante nesta revisão (GENAZZANI *et al*.,2023).

2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS IRREVERSÍVEIS

Os métodos contraceptivos irreversíveis visam obstruir os gametodutos (tubas uterinas nas mulheres e ductos deferentes nos homens). Possuem alta eficácia contraceptiva (índice de Pearl da laqueadura 0,5 e da vasectomia 0,1) e representam o método de planejamento familiar mais utilizado no mundo. São incluídos nesse grupo a laqueadura tubária e a vasectomia masculina (PASSOS *et al*., 2023).

No Brasil, as esterilizações voluntárias devem ser indicadas segundo as regulamentações

da Lei do Planejamento Familiar (Lei n° 9.263), instituída em 1996. O objetivo dessa lei é evitar esterilizações precoces sem orientação prévia, que podem culminar em arrependimento do paciente ((PASSOS *et al*., 2023).

2.1 Laqueadura

Na ligadura tubária (LT), realiza-se a obstrução do lúmen tubário, impedindo o transporte do óvulo e o encontro das gametas femininos e masculinos. O local ideal para o procedimento cirúrgico é a região ístmica. Pode ser realizada por via videolaparoscópica, laparotômica (minilaparotomia) ou através do fundo de saco vaginal (culdotomia). A anestesia deve ser geral para a via laparoscópica e condutiva para a culdotômica. A via videolaparoscópica é a mais utilizada (PASSOS *et al*., 2023).

2.2 Vasectomia

A anticoncepção cirúrgica, tanto masculina como feminina, deve ficar reservada a casais que têm a prole planejada e estão absolutamente conscientes da irreversibilidade do método. A vasectomia liga o ducto deferente e pode ser realizada com anestesia local. É segura e tem alta efetividade. A vasectomia não altera o aspecto do sêmen e não afeta o desempenho sexual do homem. Para ter certeza de que o procedimento foi eficaz, é indicado realizar um espermograma 3 meses após o procedimento ou após 20 ejaculações (PASSOS *et al*., 2023).

3 DIREITOS REPRODUTIVOS E OFERTA DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PELO SUS

Os direitos reprodutivos são os direitos das mulheres de regular a sua própria sexualidade e capacidade reprodutiva, bem como de exigir que os homens assumam a responsabilidade pelas consequências do exercício de sua própria sexualidade. O planejamento familiar no Brasil até a década de 70 era imposto de fora para dentro do país, disponibilizando poucas opções para o casal e não era centrado na mulher (AZEREDO, 2001).

A implementação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984, teve o objetivo de melhorar a qualidade da atenção em planejamento familiar, o que levou os serviços públicos a oferecerem ações educativas às mulheres que buscam métodos contraceptivos. Em 1996, a Lei nº 9.263 regulamentou o planejamento familiar e democratizou o acesso aos meios contraceptivos nos serviços públicos de saúde, oferecendo várias opções de métodos contraceptivos, a serem escolhidas pela pessoa com a adequada orientação e de acordo com os interesses da mulher (ZARBAF *et al.*, 2023; OSIS, 2006;).

O PAISM teve a proposta de romper com a visão tradicional da Atenção Integral à Saúde da Mulher, passando a tornar a mulher o centro do atendimento das questões ligadas à reprodução, uma vez que até então os programas de atenção à saúde da mulher no país eram voltados para o grupo materno-infantil., focando nas condições de gestação e do parto. Além disso, também promoveu a oferta de métodos contraceptivos aliada ao acompanhamento médico com garantia de escolha (OSIS, 2006).

No ano de 2001, a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS-2001) do Ministério da Saúde definiu que a assistência em planejamento familiar deveria estar entre as ações mínimas que deveriam ser implementadas nos municípios (BRASIL, 2002). Os métodos contraceptivos oferecidos no SUS são: pílula combinada de baixa dosagem, minipílula, pílula anticoncepcional de emergência, injetável mensal, injetável trimestral, preservativo masculino, preservativo feminino, diafragma, DIU T de cobre, ligadura tubária e vasectomia (BRASIL, 2022).

CONCLUSÃO

Os métodos contraceptivos desempenham um papel crucial na saúde reprodutiva e no planejamento familiar. Ao longo dos anos, ocorreram avanços significativos na disponibilidade e na variedade de métodos contraceptivos, proporcionando às mulheres um planejamento familiar efetivo. A escolha do método contraceptivo ideal depende de diversos fatores, incluindo preferências pessoais, comorbidades e estilo de vida.

Faz-se necessário o acesso amplo e igualitário à informação, garantindo que cada mulher e/ou casal possa fazer escolhas com base em conhecimento científico e de acordo com as suas necessidades reprodutivas. Ademais, a educação sexual abrangente desempenha papel crucial na promoção ao uso adequado e eficaz dos métodos contraceptivos, contribuindo para a redução das taxas de gestações não planejadas, ISTs e aborto inseguro. Sendo assim, os métodos contraceptivos desempenham um papel crucial na autonomia reprodutiva e no bem-estar sexual, permitindo com que mulheres decidam livremente sobre seu planejamento familiar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, F. G.; ABREU, M. N. S.; FELISBINO-MENDES, M. S. Mix contraceptivo e fatores associados ao tipo de método usado pelas mulheres brasileiras: estudo transversal de base populacional. Cadernos de saúde publica, v. 39, n. 8, 2023. Disponível em: doi:10.1590/0102-311XPT229322. Acesso em: 10 maio 2024.

AZEREDO, S. & STOLCKE, V. Direitos Reprodutivos. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, p.11-24. 2001. Disponível em: https://www.fcc.org.br/conteudosespeciais/bibliografiaanotada/arquivo/direitosReprodutivos.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

BATUR, P.; KRANSDORF, L. N.; CASEY, P. M. Emergency Contraception. Mayo Clinic Proceedings, [*S. l.*], v. 91, n. 6, p. 802–807, jun. 2016. Disponível em: doi:10.1016/j.mayocp.2016.02.018. Acesso em: 10 maio 2024.

BHATIA, P. *et al.* Implanon: Subdermal Single Rod Contraceptive Implant. The Journal of Obstetrics and Gynecology of India, [*S. l.*], v. 61, n. 4, p. 422–425, ago. 2011. Disponível em: doi:10.1007/s13224-011-0066-z. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar: manual técnico. 4ª ed. Brasília (DF), 2002. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em: assistencia_integral_saude_acao_programatica.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes. 1a ed. Brasília: 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: [*s. n.*], 2009. v. caderno n. 2, . Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_sexuais_reprodutivos_metodos_anticoncepcionais.pdf.

DAVID, P. S. *et al.* Hormonal Contraception Update. Mayo Clinic Proceedings, [*S. l.*], v. 81, n. 7, p. 949–955, jul. 2006. Disponível em: doi:10.4065/81.7.949. Acesso em: 10 maio 2024.

FEBRASGO. Manual de Anticoncepção. [*S. l.*]: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2015. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/07/manual-anticoncepcao-febrasgo-2015-pdf.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

GALLO, M. F. *et al.* Combination injectable contraceptives for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews, [*S. l.*], 8 out. 2008. Disponível em: doi:10.1002/14651858.CD004568.pub3. Acesso em: 10 maio 2024.

GALZOTE, R. M. *et al.* Transdermal delivery of combined hormonal contraception: a review of the current literature. International Journal of Women's Health, [*S. l.*], v. 9, p. 315–321, 2017. Disponível em: doi:10.2147/IJWH.S102306. Acesso em: 10 maio 2024.

GENAZZANI, A. R. *et al.* Hormonal and natural contraceptives: a review on efficacy and risks of different methods for an informed choice. Gynecological Endocrinology, [*S. l.*], v. 39, n. 1, p. 2247093, 14 dez. 2023. Disponível em: doi: 10.1080/09513590.2023.2247093. Acesso em: 10 maio 2024.

GLOBAL HEALTH, SCIENCE AND PRACTICE. A better future for injectable contraception? Global Health, Science and Practice, [*S. l.*], v. 2, n. 4, p. 378–380, 13 nov. 2014. Disponível em: doi:10.9745/GHSP-D-14-00158. Acesso em: 10 maio 2024.

GRIMES, D. A. *et al.* Progestin-only pills for contraception. The Cochrane Database of Systematic Reviews, [*S. l.*], n. 11, p. CD007541, 13 nov. 2013. Disponível em: doi:10.1002/14651858.CD007541.pub3. Acesso em: 10 maio 2024.

KHAFAGY, G. M. *et al.* Effect of the Monthly Injectable Combined Contraceptives versus Oral Contraceptive Pills on Mood. Korean Journal of Family Medicine, [*S. l.*], v. 42, n. 6, p. 471–476, 20 nov. 2021. Disponível em: doi:10.4082/kjfm.20.0106. Acesso em: 10 maio 2024.

MACHADO, R. B. *et al.* Long-Acting Reversible Contraception. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics, [*S. l.*], v. 39, n. 06, p. 294–308, jun. 2017. Disponível em: doi:10.1055/s-0037-1603647. Acesso em: 10 maio 2024.

OSIS, M. J. M. D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, [*S. l.*], v. 14, n. suppl 1, p. S25–S32, 1998. Disponível em: doi:10.1590/S0102-311X1998000500011. Acesso em: 10 maio 2024.

ROCCA, M. L. *et al.* Safety and Benefits of Contraceptives Implants: A Systematic Review. Pharmaceuticals, [*S. l.*], v. 14, n. 6, p. 548, 8 jun. 2021. Disponível em: doi:10.3390/ph14060548. Acesso em: 10 maio 2024.

SPDC, S. B. da C. Consenso sobre Contraceção. Portugal: Sociedade Portuguesa da Contraceção, 2020. Disponível em: https://www.spdc.pt/images/CONSENSOS_FINAL.pdf. Acesso em: 10 maio 2024.

PASSOS, E. P.; MARTINS-COSTA, S. H.; MAGALHÃES, J. A.; *et al*. Rotinas em Ginecologia (Rotinas). São Paulo: Grupo A, 2023. E-book. ISBN 9786558821144. Disponível em: https://app.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558821144/. Acesso em: 10 maio 2024.

RIVERA, R.; YACOBSON, I.; GRIMES, D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. American journal of obstetrics and gynecology, v. 181, n. 5, p. 1263–1269, 1999. Disponível em: https://doi.org/10.1016/S0002-9378(99)70120-1. Acesso em: 10 maio 2024.

SMITH, M.; BARWIN, B. N. Vaginal mechanical contraceptive devices. Canadian Medical Association Journal, [*S. l.*], v. 129, n. 7, p. 699–701, 710, 1 out. 1983. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6616379/. Acesso em: 10 maio 2024.

ZARBAF, A. *et al.* Comparison Between the Effect of the Information-Motivation-Behavioral (IMB) Model and Psychoeducational Counseling on Sexual Satisfaction and Contraception Method Used Under the Coercion of the Spouse in Iranian Women: A Randomized, Clinical Trial. Rev Bras Ginecol Obstet. 2023 Aug;45(8):e447-e455. Disponível em doi: 10.1055/s-0043-1772487. Acesso em: 28 de maio 2024.