



# Segurança e liberdade

## um guia sobre contracepção

Júlia dos Reis  
(coord.)

**FMIT**  
ITAJUBÁ • MG

*Afya*

# Segurança e liberdade

## um guia sobre contracepção

**Coordenadora**

**Julia dos Reis**

Médica Ginecologista e Obstetra  
Especialista pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia  
Mestre em Ciências Pela Universidade do Vale do Sapucaí  
Professora da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT-Afya)

1ª edição | 2025  
Itajubá-MG

**Faculdade de Medicina de Itajubá - FMIT**  
Afya Educacional

**Segurança e liberdade:** um guia sobre contracepção

**E-BOOK**

Open Access | On-Line

**2025**



Livro publicado em acesso aberto (Open Access) sob licença **Creative Commons Attribution 4.0**, que permite o uso e distribuição em qualquer meio, sem restrição desde que o trabalho original seja corretamente citado.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

FMIT, Biblioteca, Processos Técnicos

F143s

Faculdade de Medicina de Itajubá

Segurança e liberdade [livro eletrônico]: um guia sobre contracepção / Julia Reis (coord.) -- Itajubá: FMIT, 2025.  
68 p.

Modo de acesso: World Wide Web  
ISBN 978-65-88215-12-8 (PDF)

1. Contracepção hormonal. 2. Contracepção reversível de longo prazo. 3. Anticoncepção. I. Reis, Julia.

Aissa Paula Nascimento

CRB6 - 2984/O

# **Autores**

## **Carla Castella Peres Lemos**

Acadêmica da Faculdade UniAtenas de Passos, MG

## **Gabriela Santos Almeida**

Acadêmica da Faculdade UniAtenas de Passos, MG

## **Jorge Nelson Moinhos Peres Filho**

Acadêmico da Faculdade UniAtenas de Passos, MG

## **Luciano Goulart Ferreira Júnior**

Acadêmico da Faculdade Unifenas de Alfenas, MG

## **Nicole Jenniffer Giffoni Cruz**

Acadêmica da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT/AFYA), MG

## **Paola Peres Freire**

Acadêmica da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT/AFYA), MG

## **Julia dos Reis**

Médica Ginecologista e Obstetra

Especialista pela Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia

Mestre em Ciências Pela Universidade do Vale do Sapucaí

Professora da Faculdade de Medicina de Itajubá (FMIT-Afya)

# Prefácio

A contracepção é um tema essencial para a saúde, a autonomia e o planejamento de vida de milhões de pessoas ao redor do mundo. Com o avanço da ciência e da medicina, hoje contamos com uma ampla variedade de métodos contraceptivos, cada um com suas particularidades, benefícios e desafios. No entanto, essa diversidade também pode gerar dúvidas: qual método é mais eficaz? Qual se adapta melhor ao meu estilo de vida? Há efeitos colaterais a serem considerados?

Este e-book foi criado para responder a essas e muitas outras perguntas, oferecendo informações claras e de fácil compreensão. Aqui, você encontrará uma abordagem detalhada sobre os principais métodos contraceptivos, desde os hormonais e de barreira até os naturais e definitivos. Nosso objetivo é fornecer conhecimento para que você tome decisões conscientes e seguras sobre sua saúde reprodutiva.

Seja você alguém que deseja evitar uma gravidez, regular o ciclo menstrual ou simplesmente conhecer melhor seu próprio corpo, este material foi feito para você. Convidamos você a explorar estas páginas com curiosidade e interesse, lembrando sempre que a melhor escolha contraceptiva é aquela que respeita suas necessidades, seu bem-estar e sua individualidade.

Boa leitura!

# Sumário

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introdução.....</b>   | <b>7</b>  |
| <b>Planejamento familiar e suas políticas públicas.....</b>            | <b>9</b>  |
| <b>Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).....</b> | <b>13</b> |
| <b>Métodos comportamentais.....</b>                                    | <b>16</b> |
| <b>Métodos de barreira.....</b>  | <b>27</b> |
| <b>Métodos hormonais contraceptivos.....</b>                           | <b>35</b> |
| <b>Sistema intrauterinos ou mecânicos.....</b>                         | <b>45</b> |
| <b>Métodos irreversíveis cirúrgicos.....</b>                           | <b>51</b> |
| <b>Contracepção de emergência.....</b>                                 | <b>58</b> |
| <b>Considerações finais.....</b>                                       | <b>61</b> |
| <b>Referências.....</b>  | <b>64</b> |



# Introdução

# Introdução

Os métodos contraceptivos desempenham um papel crucial em diversos aspectos da vida individual e social, indo muito além de simplesmente evitar uma gravidez. Primeiramente, eles permitem que as pessoas planejem suas vidas com mais autonomia, proporcionando a liberdade de decidir o momento adequado para ter filhos, o que pode impactar de forma positiva a educação, a carreira e os relacionamentos pessoais. Essa autonomia é especialmente importante para as mulheres, que tradicionalmente carregam as maiores consequências físicas e sociais de uma gravidez não planejada.

Além disso, o uso eficaz de métodos contraceptivos contribui para a saúde e bem-estar geral, ajudando a reduzir as taxas de gestações indesejadas, o que, por sua vez, pode diminuir o número de abortos inseguros. Esses métodos permitem o espaçamento entre as gestações, o que beneficia tanto a saúde materna quanto a dos filhos, pois intervalos maiores entre nascimentos estão associados a melhores resultados de saúde infantil e materna.

A contracepção também desempenha um papel fundamental na prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), especialmente os métodos de barreira, como preservativos, que são altamente recomendados para pessoas com múltiplos parceiros sexuais. A proteção contra ISTs não só melhora a saúde individual, mas também é um benefício para a saúde pública, ajudando a conter a disseminação de doenças e a reduzir os custos associados ao tratamento dessas infecções.

Portanto, os métodos contraceptivos são importantes não apenas como uma ferramenta de controle reprodutivo, mas como um meio de empoderamento pessoal, promoção de saúde e desenvolvimento sustentável.



# Capítulo 1

## Planejamento familiar e suas políticas públicas

Nicole Jenniffer Giffoni Cruz

# Planejamento familiar e suas políticas públicas

O planejamento familiar é muito mais do que um conjunto de opções sobre o número de filhos. Ele é uma ferramenta essencial para garantir que indivíduos e casais tenham o poder de tomar decisões informadas e conscientes sobre sua vida reprodutiva (Planejamento [...], 2025). Este direito, quando bem acessado, permite a promoção da saúde e do bem-estar das famílias, além de contribuir para o desenvolvimento de uma sociedade mais justa e equilibrada (Brasil, 2005). Neste texto, vamos explorar os benefícios do planejamento familiar, os desafios enfrentados por muitas comunidades e a importância das políticas públicas para tornar esse direito uma realidade acessível para todos.

O planejamento familiar é, essencialmente, a capacidade de um casal ou indivíduo decidir sobre o número de filhos, o tempo de intervalo entre as gestações e o momento certo para engravidar. Ele envolve o uso de métodos contraceptivos, mas também engloba a educação sobre saúde sexual e reprodutiva e o acompanhamento médico, quando necessário (Brasil, 2002). Quando feito de forma planejada e responsável, o planejamento familiar pode transformar a vida das pessoas, permitindo-lhes alcançar um equilíbrio maior entre suas responsabilidades familiares, profissionais e pessoais. O planejamento familiar traz benefícios tanto para o nível individual quanto para o coletivo. Entre os principais, podemos destacar:

## *1) Saúde materna e infantil*

O planejamento familiar tem um impacto direto na redução de gestações não planejadas e de alto risco, o que, por sua vez, reduz as complicações para a mãe e o bebê. Em países em desenvolvimento, onde as taxas de mortalidade materna e infantil ainda são altas, o acesso ao planejamento familiar pode salvar muitas vidas e garantir que as famílias possam se planejar com

tranquilidade (World Health Organization [WHO], 2023).

### *2) Empoderamento feminino*

Quando as mulheres têm controle sobre sua saúde reprodutiva, elas ganham maior autonomia sobre suas vidas e escolhas. Isso resulta em mais oportunidades educacionais e profissionais, permitindo-lhes construir um futuro independente e igualitário (Santos Neto *et al.*, 2008). O planejamento familiar permite que as mulheres decidam o momento certo para ter filhos, o que é um passo importante para a conquista de direitos e liberdade.

### *3) Responsabilidade compartilhada*

Embora o planejamento familiar tenha sido historicamente uma responsabilidade atribuída principalmente às mulheres, é fundamental que os homens também participem das decisões reprodutivas. Quando o planejamento familiar é compartilhado de forma equilibrada, todos os membros da família ganham, tornando-se mais possível distribuir as responsabilidades de forma justa e organizada (Padilha; Sanches, 2020).

### *4) Impacto social e econômico*

Além dos benefícios pessoais, o planejamento familiar tem um impacto profundo na sociedade como um todo. Ele ajuda a reduzir a pobreza, pois as famílias conseguem direcionar recursos para áreas como educação e saúde, proporcionando uma melhor qualidade de vida para seus membros e quebrando ciclos de pobreza intergeracionais (Smith *et al.*, 2009).

Apesar dos benefícios claros, o planejamento familiar enfrenta muitos obstáculos, especialmente em regiões onde o acesso a métodos contraceptivos e informações de qualidade ainda é limitado. Em áreas rurais e em comunidades de baixa renda, muitos casais ainda não têm acesso adequado a serviços de saúde reprodutiva. Além disso, a resistência cultural e religiosa pode criar barreiras significativas, tornando difícil para muitas pessoas adotar o planejamento familiar de forma plena. A falta de

uma educação sexual abrangente também contribui para a perpetuação de mitos e desinformações (Levine *et al.*, 2006).

As políticas públicas desempenham um papel essencial para que o planejamento familiar seja acessível e eficaz. Uma ação importante é garantir que métodos contraceptivos sejam oferecidos gratuitamente em todas as comunidades, especialmente nas mais vulneráveis (Brasil, 2002). Além disso, campanhas de conscientização podem ajudar a desmistificar preconceitos culturais e religiosos, promovendo a aceitação do planejamento familiar (Padilha; Sanches, 2020). A educação sexual nas escolas é outra estratégia importante, pois permite que os jovens compreendam a importância da responsabilidade reprodutiva desde cedo (WHO, 2023). Por fim, é fundamental ampliar o acesso a serviços de saúde reprodutiva em todas as regiões, especialmente nas mais distantes e carentes (Santos Neto *et al.*, 2008).

O planejamento familiar é um direito fundamental, que vai muito além de apenas controlar o número de filhos. Ele é uma ferramenta poderosa de empoderamento, saúde e bem-estar. Com o apoio adequado das políticas públicas, podemos garantir que mais pessoas tenham acesso a esse direito e que as famílias possam planejar suas vidas de forma mais tranquila e equilibrada. Em última análise, investir no planejamento familiar é investir no futuro das famílias, das comunidades e, por fim, da sociedade como um todo.



## Capítulo 2

# Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Carla Castella Peres Lemos

# Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)

Este Programa foi lançado no ano de 1983, pelo Ministério da Saúde Brasileiro. Representou um marco na forma de tratar a saúde das mulheres. O mesmo adotou um conceito de atenção integral à saúde da mulher, abrangendo as necessidades das mulheres em todas as fases da vida, incluindo ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e atenção à saúde. Integrando princípios de universalidade, equidade e integralidade na prestação de serviços de saúde (Costa, 1992).

O PAISM veio para implementar uma iniciativa do Estado Brasileiro de regulação da fecundidade, em atendimento à saúde reprodutiva da mulher, já que o cuidado da mesma era limitado ao ciclo gravídico puerperal. No entanto, essa inclusão gerou algumas controvérsias (Osis, 1994).

Todavia, movimentos feministas e reivindicações sociais abraçaram a causa de atenção integral à saúde da mulher. Mulheres defendiam que o PAISM deveria incluir ainda, ações de educação sexual, e em saúde, e não em controle populacional coercitivo, o que foi rebatido numa CPI para investigação de crescimento populacional, pelo Ministério da Saúde e não só por ele (Osis, 1994).

A importância do PAISM vai além de uma abordagem de saúde reprodutiva da mulher, ele tem um cunho social, sua importância é também no contexto de que a mulher deve se cuidar de forma ampla e a fecundidade é parte dessa atenção (Osis, 1994). Nesse sentido, o PAISM foi pioneiro em reconhecimento dos direitos das mulheres, inclusive no cenário mundial (Ravindran, 1995).

A questão que frequentemente se levantava era de que forma seria implementado o plano, como fazer com que fosse uma vontade política do governo, em relação a recursos humanos, materiais necessários e adequados. O que acabou

comprometendo o alcance de suas metas (Osis, 1994).

Essas dificuldades enfrentadas pela implementação plena do Programa em termos práticos, não podem deixar de ser vistas em comparação às dificuldades ainda atuais enfrentadas pelo SUS, e fundadas nos mesmos princípios acima citados e muito debatidas nos dias de hoje (Alvarez, 1990).

Há uma necessidade de se fazer ajustes nas diretrizes originais do Programa, como rastreamento de doenças atuais, ampliação dos métodos contraceptivos seguros, uso de tecnologias avançadas, educação em saúde, principalmente para adolescentes (Osis, 1994).

Porém mesmo com essas limitações, o PAISM deve receber maior atenção em relação a pressionar a efetivação de seus planos de forma ampla no país, pois ele é também uma conquista histórica em relação ao direito da mulher de ser tratada com um indivíduo completo, com necessidades individuais, em todas as fases da vida, abordando não somente aspectos reprodutivos, mas psicológicos, físicos e sociais (Rocha, 1993).



## **Capítulo 3**

# **Métodos comportamentais**

Luciano Goulart Ferreira Júnior

# Métodos comportamentais

## *Coito interrompido*

### **Introdução**

O coito interrompido é um método anticoncepcional no qual o homem interrompe a relação sexual antes da ejaculação, retirando o pênis da vagina da parceira. Isso evita que o sêmen entre em contato com a vagina, prevenindo que os espermatozoides se encontrem com o óvulo (Moura; Silva; Galvão, 2007).

O ato sexual masculino é dividido em fases, sendo a ereção a primeira delas. Ela resulta da estimulação sexual, cuja intensidade depende do estímulo, seja ele físico ou mental. Esse processo ocorre devido a impulsos parassimpáticos que se originam na medula espinhal e percorrem os nervos pélvicos até o pênis (Hall; Guyton, 2006).

A ejaculação, essencial para a reprodução, envolve a expulsão do esperma por meio de fenômenos neuromusculares. Os espermatozoides são formados nos testículos e passam pelo epidídimo, um canal longo e enrolado, antes de seguir pelo canal deferente até a região posterior da bexiga. O canal deferente se conecta à vesícula seminal, que armazena o esperma produzido continuamente pelos testículos (Hall; Guyton, 2006).

A partir disso, o esperma percorre os canais ejaculatórios, que atravessam a próstata e desembocam na uretra. A uretra, com cerca de 20 cm, é compartilhada com o sistema urinário e possui dois esfíncteres musculares que desempenham um papel crucial na ejaculação. Próximas à uretra estão as glândulas de Cowper, responsáveis por lubrificar o canal antes da ejaculação (Dangelo; Fattini, 2007).

O muco pré-ejaculatório pode surgir na ponta do pênis em quantidades variáveis, de algumas gotas a uma colher de chá. Embora possa conter espermatozoides móveis, o que pode causar gravidez mesmo sem ejaculação, a presença desses

espermatozoides no líquido pré-ejaculatório ainda não é totalmente comprovada, exigindo cautela (Zukerman; Weiss; Orvieto, 2003).

A uretra distal abriga as glândulas de Littré, enquanto o meato uretral serve como saída da via espermática. O amadurecimento sexual ocorre devido à ativação do eixo hipotálamo-hipófise-testicular, que aumenta a produção de FSH, LH e androgênios. Esses hormônios promovem o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e a espermatogênese, além de regular as secreções das vesículas seminais e próstata (Hall; Guyton, 2006).

O esperma, líquido viscoso esbranquiçado, contém secreções de várias glândulas: testicular (10-15%), vesículas seminais (60-80%), próstata (15-20%), glândulas de Cowper (1-3%) e glândulas de Littré (Pereira, 2009). A ejaculação ocorre em duas etapas: emissão e expulsão. Na emissão, o esperma se move da ampola deferencial e das vesículas seminais para a uretra posterior. A expulsão envolve a propulsão do esperma pela uretra até o meato, com contrações sequenciais que facilitam o processo. O esfíncter interno deve permanecer fechado para evitar o refluxo para a bexiga, enquanto o externo se abre, permitindo a saída do esperma (Pereira, 2009).

### **Vantagens e desvantagens**

Este método possibilita que o homem assuma um papel ativo na regulação da fertilidade, estimulando o diálogo entre o casal sobre métodos contraceptivos e questões de sexualidade. Além disso, pode ser uma alternativa viável para casais que, por razões religiosas ou filosóficas, optam por não utilizar outros métodos anticoncepcionais (Evangelista, 2012).

É um método sem custos, que não exige o uso de dispositivos ou produtos químicos e pode ser utilizado em qualquer momento, desde que o homem esteja disposto a seguir essa prática (Moura; Silva; Galvão, 2007).

## Critérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal    | Categoria | Notas   |
|---|-----------|---|
| Gravidez                                      | NA        | Não se aplica; coito interrompido é um método usado justamente para evitar a gravidez.                              |
| Idade ≥ 40 anos                               | 1         | Pode ser utilizado em qualquer idade; sem restrições.   |
| Amamentação < 6 semanas após o parto          | 1         | Sem restrições; não interfere com a amamentação.  |
| Histórico de TVP/EP                           | 1         | Seguro, pois não envolve hormônios ou risco de trombose.  |
| Hipertensão arterial não controlada           | 1         | Sem contraindicações; não influencia a pressão arterial.  |
| Enxaqueca com aura                            | 1         | Seguro, pois não há impacto sobre o risco de AVC.   |
| Tabagismo (idade >35 anos, ≥15 cigarros/dia)  | 1         | Sem contraindicações, pois não aumenta o risco cardiovascular.  |
| Obesidade (IMC ≥30)                           | 1         | Pode ser utilizado sem restrições; não há impacto sobre o risco cardiovascular.                                     |
| Doença Cardíaca Valvular Complicada           | 1         | Seguro, sem efeito direto na condição cardíaca.   |
| Dificuldade de Controle ou Ejaculação Precoce | 3         | Não recomendado como método primário para quem tem dificuldade de controle, pois pode reduzir a eficácia do método. |
| Parceria Instável ou Falta de Comunicação     | 3         | A eficácia depende do controle e da confiança entre o casal; não é recomendado em relações sem boa comunicação.     |

**Fonte:** Adaptado de Organização Mundial da Saúde (OMS, 2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

## *Muco Cervical (Billings)*

### Introdução

Os métodos naturais de planejamento familiar consideram as mudanças fisiológicas do ciclo menstrual feminino e a sobrevivência dos espermatozoides. São baseados na alternância entre fertilidade e infertilidade, na ovulação única por ciclo, na janela de fertilização do óvulo (12 a 24 horas após a ovulação), na vida útil do espermatozoide (três a cinco dias) e na capacidade de a mulher monitorar seu ciclo menstrual (Sgreccia, 2009).

As chances de gravidez variam conforme a proximidade da ovulação: 4% cinco dias antes, 25-28% nos dois dias prévios, 8-10%

até 24 horas após a ovulação, sendo quase nulas nos outros dias do ciclo (Andrade, 2014). O Método de Ovulação *Billings* (MOB) utiliza o muco cervical, composto por água, minerais, células epiteliais, leucócitos e mucina, produzido pela cérvix (Billings; Billings; Catarinich, 1993).

Durante o período fértil, o muco, originado das glândulas cervicais, sinaliza a proximidade da ovulação. Com a orientação adequada, a mulher pode identificar esse sinal e, em conjunto com o parceiro, decidir manter ou evitar relações sexuais, conforme o objetivo de engravidar ou não (Wilson, 1982). Para prevenir a gravidez, a presença de muco indica fertilidade e a necessidade de evitar o coito. Para quem deseja conceber, a relação sexual nesse período aumenta as chances de fertilização (Padilha; Deretti, 2021).

O muco cervical apresenta mudanças ao longo do ciclo: no início, é espesso, pegajoso e pode incluir um tampão cervical escuro. Durante os dias férteis, torna-se mais fluido, claro e elástico, semelhante à clara de ovo, podendo apresentar coloração rosada ou amarelada e ser acompanhado por sensações de umidade e aumento da libido (Padilha; Deretti, 2021). Sua consistência evolui, tornando-se mais transparente e elástica no ápice da fertilidade (Billings; Westmore, 2013).

Para monitorar o muco, a mulher não precisa tocá-lo, bastando observar a sensação de lubrificação vaginal ou sinais visíveis nas roupas íntimas. Nem todas as mulheres percebem o muco facilmente, mas podem ser treinadas a identificar sua evolução por meio das sensações vulvares (Billings; Westmore, 2013).

O ciclo menstrual divide-se em quatro fases: menstrual, infértil, fértil e pós-ovulatória infértil. O período menstrual dura cerca de cinco dias. O infértil inicial pode variar ou estar ausente, dependendo de fatores como estresse. O período fértil é caracterizado pela presença de muco, culminando no dia-ápice, seguido por três dias de possível fertilidade. A fase pós-ovulatória infértil dura de 11 a 16 dias, sendo constante para cada mulher (Malagodi; Braga, 2006).

## **Vantagens e desvantagens**

A OMS indicou que o Método de Ovulação *Billings* (MOB) possui uma eficácia de cerca de 98,5%. Isso significa que, quando utilizado corretamente, o MOB pode ter níveis de eficácia comparáveis aos métodos contraceptivos artificiais mais populares (Hansche, 1982).

Além disso, funciona sem medicamentos ou dispositivos, apenas pela observação das mudanças no muco cervical (Billings; Westmore, 2013). Diferente de outros métodos naturais, não exige cálculos de calendário ou medições de temperatura basal, baseando-se nas variações do muco ao longo do ciclo menstrual (McKay, 1982). Para mulheres sem problemas reprodutivos e focadas apenas na contracepção, pode ser usado isoladamente. A participação do parceiro é fundamental para o sucesso. O apoio masculino nas anotações diárias fortalece o diálogo e torna o homem corresponsável no planejamento familiar. O método também promove harmonia física e emocional no casal (Santos; Frazão; Oliveira, 2017).

Outras vantagens incluem baixo custo, ausência de efeitos colaterais e aplicação em todas as fases da vida reprodutiva, incluindo ciclos irregulares, amamentação e menopausa. O MOB é compatível com valores cristãos, facilita a identificação de problemas ginecológicos e evita complicações por dispositivos intrauterinos (Bhering; Kajiyama, 1980). Muitas mulheres relatam maior sintonia com o próprio corpo, o que melhora a satisfação conjugal, tornando o método ideal para a realidade brasileira (Santos; Frazão; Oliveira, 2017).

Nenhum método contraceptivo é perfeito. Entre os desafios, destaca-se a necessidade de ensino adequado e a motivação do casal, essenciais para o sucesso (Billings; Westmore, 2013). O casal precisa saber o que deseja, pois relações em dias férteis comprometem a eficácia, exigindo maturidade para a abstinência quando necessária (Santos; Frazão; Oliveira, 2017).

Outra desvantagem é a interferência na espontaneidade sexual,

já que o método requer abstinência periódica (Santos; Frazão; Oliveira, 2017). A educação sexual também é crucial, especialmente entre jovens, pois pode ajudar aqueles que querem evitar a gravidez sem abrir mão da vida sexual (Pessini; Barchifontaine, 2012; Sanches; Simão-Silva, 2016).

## Critérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal         | Categoria | Notas   |
|--|-----------|---|
| Gravidez   | NA        | Não se aplica, pois o método é usado para evitar ou planejar a gravidez.  |
| Idade $\geq$ 40 anos                               | 1         | Pode ser utilizado em qualquer idade, desde que a mulher consiga observar o muco cervical diariamente.  |
| Amamentação < 6 semanas após o parto               | 3         | Não recomendado, pois a amamentação pode alterar o muco cervical e dificultar a observação correta.   |
| Amamentação $\geq$ 6 semanas após o parto          | 2         | Pode ser utilizado com cautela, mas a mulher deve estar ciente de que o muco pode apresentar variações durante a amamentação.                       |
| Ciclos Menstruais Irregulares                      | 2         | Pode ser utilizado, embora a eficácia dependa da capacidade da mulher de identificar as mudanças no muco cervical, mesmo em ciclos irregulares.     |
| Histórico de TVP/EP                                | 1         | Seguro, pois não envolve hormônios ou risco de trombose.  |
| Hipertensão arterial não controlada                | 1         | Sem contraindicações; não influencia a pressão arterial.  |
| Enxaqueca com aura                                 | 1         | Seguro, pois não aumenta o risco de AVC.  |
| Tabagismo (idade >35 anos, $\geq$ 15 cigarros/dia) | 1         | Sem contraindicações, pois não afeta o risco cardiovascular.  |
| Obesidade (IMC $\geq$ 30)                          | 1         | Pode ser utilizado sem restrições; a obesidade não interfere diretamente na eficácia do método.   |
| Infecções Vaginais ou DSTs                         | 3         | Não recomendado durante episódios de infecção, pois as características do muco podem ser alteradas, dificultando a identificação do período fértil. |
| Uso de Medicamentos que Afetam o Muco              | 3         | Uso cauteloso, pois certos medicamentos (como anti-histamínicos) podem alterar a consistência do muco cervical.                                     |
| Doenças que Causam Secreção Vaginal Anormal        | 3         | Não recomendado em casos de doenças que alteram o padrão de secreção, como infecções vaginais crônicas, pois confundem a observação do muco.        |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

## Tabelinha

## Introdução

Esse método é considerado natural, pois não envolve o uso de medicamentos ou materiais específicos. Ele consiste em evitar relações sexuais durante o período fértil, que corresponde ao

intervalo em que um óvulo maduro pode estar presente no organismo da mulher, prevenindo, assim, uma gravidez indesejada. Apesar de ser recomendado o acompanhamento de um profissional de saúde, observa-se uma baixa adesão desses profissionais a esse método (Molina *et al.*, 2015).

A identificação do período fértil fundamenta-se em três premissas: a ovulação ocorre entre 11 e 16 dias antes do início da menstruação; o óvulo, após a ovulação, possui uma vida útil de cerca de 24 horas; e os espermatozoides, após entrarem no trato genital feminino, podem fecundar um óvulo por um período de 48 a 72 horas. Um exemplo de método que utiliza essas premissas é o método contraceptivo de *Ogino-Knaus*, também conhecido como método do calendário ou tabelinha (Pagliuca; Rodrigues, 1998).

Esse método baseia-se no fato de que a segunda fase do ciclo menstrual, ou seja, o período pós-ovulatório, apresenta duração relativamente constante, com a ovulação ocorrendo entre 11 e 16 dias antes do início da menstruação seguinte. Para aplicá-lo, a mulher deve anotar o primeiro dia de cada menstruação por um período de 6 a 12 meses, registrando a duração de cada ciclo, que é calculada desde o primeiro dia da menstruação até o dia anterior à próxima menstruação (Pagliuca; Rodrigues, 1998).

O método é eficaz apenas em mulheres com ciclos menstruais regulares, isto é, quando o intervalo entre o primeiro dia de uma menstruação e o dia anterior à próxima menstruação é constante. Se a diferença entre os ciclos for maior que 10 dias, o ciclo é considerado inadequado ao método (Pagliuca; Rodrigues, 1998).

Para calcular o período fértil, subtraem-se 18 dias do ciclo mais curto e 11 dias do ciclo mais longo. O intervalo resultante representa o primeiro e o último dia do período fértil. Por exemplo, considerando um ciclo mais curto de 25 dias e um mais longo de 30 dias, a diferença é de cinco dias, caracterizando um ciclo regular. Assim, o cálculo seria:  $25 - 18 = 7$  e  $30 - 11 = 19$ . Nesse caso, o período fértil seria do 7º ao 19º dia do ciclo menstrual, com duração de 13 dias (Pagliuca; Rodrigues, 1998).

## Vantagens e desvantagens

Os métodos comportamentais possuem vantagens como a gratuidade, a ausência de efeitos colaterais e de riscos à saúde, além de permitir que as mulheres conheçam melhor seu corpo e sua fertilidade. Esses métodos também atendem casais que desejam seguir princípios religiosos ou culturais, e não interferem no retorno da fertilidade após seu uso. Não há contraindicações médicas para sua aplicação (Moura Lopes *et al.*, 2010).

Entretanto, esse método não é amplamente recomendado para evitar gravidez, especialmente na adolescência, devido à irregularidade dos ciclos menstruais, ao alto índice de falhas e à falta de proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (Madureira; Weber, 2011). Além disso, apresentam baixa eficácia e dependem diretamente do conhecimento do próprio corpo, que pode sofrer alterações. Por esse motivo, sua confiabilidade para evitar gravidez é limitada (Albuquerque, 2018).

## Critérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal                    | Categoria | Notas   |
|---|-----------|---|
| Gravidez  | NA        | Não se aplica, pois o método é utilizado para evitar a gravidez.  |
| Idade $\geq$ 40 anos  | 1         | Pode ser utilizado em qualquer idade, desde que a mulher tenha ciclos regulares.  |
| Amamentação < 6 semanas após o parto                          | 3         | Não recomendado, pois o ciclo menstrual pode ainda não estar regularizado.  |
| Amamentação $\geq$ 6 semanas após o parto                     | 2         | Pode ser utilizado com cautela, mas é importante observar a regularidade do ciclo, que pode variar durante a amamentação.       |
| Ciclos Menstruais Irregulares                                 | 3         | Não recomendado, pois a eficácia depende da regularidade do ciclo menstrual.  |
| Histórico de TVP/EP   | 1         | Seguro, pois não envolve hormônios ou risco de trombose.  |
| Hipertensão arterial não controlada                           | 1         | Sem contraindicações; não influencia a pressão arterial.  |
| Enxaqueca com aura  | 1         | Seguro, pois não aumenta o risco de AVC.  |
| Tabagismo (idade > 35 anos, $\geq$ 15 cigarros/dia)           | 1         | Sem contraindicações, pois não afeta o risco cardiovascular.  |
| Obesidade (IMC $\geq$ 30)                                     | 1         | Pode ser utilizado sem restrições; não há impacto sobre o risco cardiovascular.   |
| Doenças que Aumentam a Temperatura Corporal (como Febre)      | 3         | Não recomendado em períodos de doença com febre, pois a temperatura pode interferir na interpretação dos sinais de fertilidade. |
| Dificuldade de Monitorar o Ciclo ou Baixo Acesso a Informação | 3         | Não recomendado se a usuária não puder acompanhar os sinais de fertilidade com precisão, reduzindo a eficácia do método.        |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

## *Temperatura basal*

### **Introdução**

O método contraceptivo da temperatura basal é semelhante à tabelinha, mas requer uma abordagem mais precisa (Lima, 2016). Durante a ovulação, devido à ação da progesterona no centro termorregulador do hipotálamo, a temperatura corporal da mulher aumenta entre 0,3 e 0,8 °C (Ranieri; Silva, 2011). Para esse método, a mulher deve manter um sono regular de pelo menos quatro horas diárias, medir a temperatura todos os dias ao despertar, antes de sair da cama, e abster-se de relações sexuais desde o início da menstruação até o terceiro dia após o aumento térmico (Lima, 2016).

Se o casal evitar relações sexuais no dia em que a temperatura sobe e nos três dias subsequentes, a chance de gravidez diminui. Contudo, o risco ainda existe se houver relação sexual até dois dias antes da ovulação, já que o espermatozoide pode sobreviver até 48 horas no corpo feminino (Lima, 2016).

O aumento da temperatura basal está associado à liberação do hormônio luteinizante (LH) após a ovulação. Portanto, o primeiro dia de elevação da temperatura indica que a ovulação ocorreu e a mulher está em seu período mais fértil (Lima, 2016).

### **Vantagens e desvantagens**

O casal precisa de orientação profissional para compreender e identificar os sinais do período fértil da mulher, sendo o aumento da temperatura corporal basal um dos principais indicadores da ovulação (Lima, 2016).

No entanto, a temperatura basal pode ser influenciada por diversos fatores, como doenças, estresse emocional, viagens, exposição prolongada ao sol ou consumo de álcool. Assim, este método exige um alto nível de disciplina e comprometimento (Lima, 2016).

## Critérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal               | Categoria | Notas  |
|--|-----------|--|
| Gravidez   | NA        | Não se aplica, pois o método é utilizado para evitar ou planejar a gravidez.   |
| Idade $\geq$ 40 anos                                     | 1         | Pode ser utilizado em qualquer idade, desde que a mulher consiga monitorar a temperatura diariamente.  |
| Amamentação < 6 semanas após o parto                     | 3         | Não recomendado, pois os ciclos podem ser irregulares e a amamentação pode afetar a temperatura basal.   |
| Amamentação $\geq$ 6 semanas após o parto                | 2         | Pode ser utilizado com cautela, mas é importante observar a regularidade do ciclo e possíveis variações de temperatura.                            |
| Ciclos Menstruais Irregulares                            | 3         | Pode ser menos eficaz em mulheres com ciclos irregulares, pois dificulta a identificação dos dias férteis.   |
| Histórico de TVP/EP                                      | 1         | Seguro, pois não envolve hormônios ou risco de trombose.   |
| Hipertensão arterial não controlada                      | 1         | Sem contra-indicações; não influencia a pressão arterial.  |
| Enxaqueca com aura                                       | 1         | Seguro, pois não aumenta o risco de AVC.   |
| Tabagismo (idade >35 anos, $\geq$ 15 cigarros/dia)       | 1         | Sem contra-indicações, pois não afeta o risco cardiovascular.  |
| Obesidade (IMC $\geq$ 30)                                | 1         | Pode ser utilizado sem restrições; a obesidade não interfere diretamente na eficácia do método.  |
| Doenças que Aumentam a Temperatura Corporal (como Febre) | 4         | Contra-indicado durante períodos febris, pois a febre interfere na temperatura basal, dificultando a identificação da ovulação.                    |
| Trabalho Noturno ou Horários de Sono Irregulares         | 3         | Pode reduzir a eficácia, pois a medição precisa ser feita no mesmo horário e após um sono contínuo; horários irregulares dificultam o uso correto. |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contra-indicado.

## Contra-indicações absolutas

Este método está contra-indicado em dias que a mulher apresenta períodos febris (Lima, 2016).



## **Capítulo 4**

# **Métodos de barreira**

Jorge Nelson Moinhos Peres Filho  
Gabriela Santos Almeida

# Métodos de barreira

## *Preservativos masculinos e femininos*

### **Introdução**

Os preservativos, masculinos e femininos, são métodos de barreira amplamente utilizados e reconhecidos por sua eficácia na prevenção da gravidez e das ISTs. O preservativo masculino é uma capa fina de látex ou poliuretano que é desenrolada sobre o pênis ereto antes da relação sexual (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia [Febrasgo], 2018). Já o preservativo feminino é uma bolsa de nitrilo ou poliuretano com anéis flexíveis em cada extremidade, inserida na vagina antes do contato sexual. Ambos atuam impedindo a passagem dos espermatozoides para o trato genital feminino, além de bloquear a troca de fluidos corporais, o que reduz significativamente o risco de transmissão de ISTs, como HIV (Trussell, 2011).

### **Vantagens e desvantagens**

As vantagens dos preservativos são numerosas, sendo acessíveis, disponíveis em farmácias, supermercados e distribuídos gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Não interferem nos processos hormonais do organismo, sendo uma opção segura para pessoas que não podem ou preferem não utilizar métodos hormonais. Permitem o uso sob demanda, sem necessidade de planejamento antecipado ou prescrição médica, proporcionando maior autonomia aos usuários. Além disso, promovem a participação ativa do homem na contracepção, incentivando a responsabilidade compartilhada (Contracepção, 2024).

No entanto, há desvantagens a serem consideradas. A eficácia dos preservativos depende do uso correto e consistente em todas as relações sexuais. Falhas no uso, como colocação inadequada ou uso irregular, podem reduzir significativamente sua eficácia contraceptiva. Há também a possibilidade de ruptura ou deslizamento durante o uso, especialmente se não forem utilizados adequadamente. Algumas pessoas relatam que o uso do

preservativo pode interferir na espontaneidade da relação ou reduzir a sensibilidade. Além disso, pessoas com alergia ao látex podem apresentar irritação ou desconforto, sendo necessário optar por preservativos feitos com materiais alternativos, como poliuretano ou nitrilo (Resende, 2019).

Pessoas com alergia ao látex devem optar por preservativos feitos de materiais alternativos, como poliuretano, nitrilo ou outros hipoalergênicos, para evitar reações alérgicas (Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro [UFRRJ], 2021).

Os preservativos são indicados para todas as pessoas sexualmente ativas que desejam prevenir a gravidez e proteger-se contra ISTs. Não há contraindicações médicas significativas, exceto em casos de alergia conhecida ao material do preservativo. Nesses casos, recomenda-se o uso de preservativos feitos de materiais hipoalergênicos (Ministério da Saúde, 2016).

## **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas  |
|--|-----------|--|
| Histórico de Síndrome de Choque Tóxico     | 1         | Seguro para uso  |
| Infecção no Trato Urinário                 | 1         | Uso seguro   |
| Alergia ao Látex                           | 3         | Evitar preservativos de látex; considerar alternativas sem látex |
| Risco Elevado de HIV                       | 1         | Recomendado para proteção contra transmissão do HIV              |
| HIV / AIDS                                 | 1         | Uso seguro; essencial para prevenção da transmissão              |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

## *Diafragma*

### **Introdução**

O diafragma é um dispositivo de barreira flexível, em formato de cúpula rasa, feito de silicone ou látex (Febrasgo, 2018). É inserido na vagina antes da relação sexual, cobrindo o colo do útero e

impedindo a entrada de espermatozoides. Geralmente é utilizado em combinação com espermicida para aumentar sua eficácia. Esse método oferece às mulheres maior controle sobre sua contracepção, sem depender da cooperação do parceiro. Por não interferir nos processos hormonais, é uma opção viável para aquelas que preferem evitar métodos hormonais (Febrasgo, 2018).

### **Vantagens e desvantagens**

Entre as vantagens, destaca-se a autonomia proporcionada às mulheres e o fato de ser reutilizável, podendo ser uma opção econômica a longo prazo (Ministério da Saúde, 2018). Pode ser inserido antes da relação sexual, permitindo certa flexibilidade no planejamento.

Contudo, a eficácia do diafragma depende do uso correto e consistente, sendo necessário inseri-lo antes de cada relação sexual e mantê-lo no lugar por pelo menos seis horas após o ato (Resende, 2019). Algumas mulheres podem achar a inserção e remoção incômodas ou desconfortáveis. O uso do diafragma tem sido associado a um aumento no risco de infecções do trato urinário. Além disso, não oferece proteção contra ISTs, o que pode ser uma desvantagem significativa para algumas usuárias. Requer ajuste profissional para garantir o tamanho adequado, o que pode representar uma barreira de acesso (Ministério da Saúde, 2016).

O diafragma é indicado para mulheres que desejam um método contraceptivo controlado por elas mesmas e que estão confortáveis com a manipulação de seus órgãos genitais (OMS, 2007a). É essencial que a usuária esteja disposta a aprender a inserir remover o dispositivo corretamente e a seguir os cuidados de higiene necessários.

## Critérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal  | Categoria | Notas  |
|---|-----------|--|
| Paridade (nulípara ou múltipara)            | 1         | Uso seguro   |
| Histórico de Síndrome de Choque Tóxico      | 3         | Evitar, pois o diafragma pode aumentar o risco                 |
| Infecção no Trato Urinário                  | 2         | Usar com cautela, pode aumentar o risco de infecção urinária   |
| Alergia ao Látex                            | 3         | Evitar diafragma de látex; considerar alternativas sem látex   |
| Anormalidades Anatômicas (prolapso uterino) | 4         | Contraindicado se houver deformidade que dificulte a colocação |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contraindicado.

## Contraindicações absolutas

O uso do diafragma pode ser contraindicado em casos de anormalidades anatômicas vaginais e uterinas que dificultem seu posicionamento adequado. Além disso, indivíduos com alergia ao silicone, látex ou espermicidas devem evitar o uso desse método contraceptivo. Também é importante que o diafragma não seja utilizado em caso de infecções vaginais ou pélvicas ativas, pois seu uso pode agravar essas condições existentes (Barrier [...], 2023).

### *Capuz Cervical*

## Introdução

O capuz cervical é um dispositivo de barreira em forma de cúpula pequena, feito de silicone, que se encaixa diretamente sobre o colo do útero. Atua bloqueando a entrada de espermatozoides e, assim como o diafragma, é utilizado em combinação com espermicida para aumentar a eficácia (Febrasgo, 2018).

Embora não seja amplamente conhecido ou disponível no Brasil, o capuz cervical pode ser uma opção para mulheres que buscam maior controle sobre sua contracepção e preferem evitar

métodos hormonais (Febrasgo, 2018).

## **Vantagens e desvantagens**

Uma vantagem é que o capuz cervical pode ser inserido antes da relação sexual e permanecer no lugar por até 48 horas, permitindo maior espontaneidade. Não interfere nos processos hormonais e oferece autonomia à usuária (Trussell, 2011).

Entretanto, apresenta desvantagens como menor eficácia em mulheres que já tiveram partos vaginais, devido a alterações anatômicas no colo do útero. Pode causar irritação cervical ou vaginal, e não oferece proteção contra ISTs. A necessidade de ajuste profissional e a disponibilidade limitada também podem dificultar seu uso (Ministério da Saúde, 2016).

O capuz cervical é indicado para mulheres que desejam um método de barreira controlado por elas mesmas e que não tiveram partos vaginais. É importante que a usuária esteja confortável com a inserção e remoção do dispositivo e comprometida com o uso correto (OMS, 2007a).

## **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal          | Categoria | Notas  |
|---|-----------|--|
| Paridade (nulípara ou múltipara)                    | 1         | Uso seguro   |
| Histórico de Síndrome de Choque Tóxico              | 3         | Evitar, pois o capuz cervical pode aumentar o risco                                      |
| Infecção no Trato Urinário                          | 2         | Usar com cautela, especialmente em mulheres com histórico frequente de infecção urinária |
| Alergia ao Látex                                    | 3         | Evitar capuzes de látex; considerar alternativas sem látex                               |
| Anormalidades Anatômicas (distorção cervical grave) | 4         | Contraindicado em casos de deformidade cervical que impeça o ajuste                      |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contraindicado.

## **Contraindicações absolutas**

O uso do capuz cervical pode ser contraindicado em casos de anormalidades anatômicas do colo do útero, que dificultem seu encaixe adequado. Além disso, indivíduos com alergia ao silicone ou aos espermicidas devem evitar esse método. Também é importante que o capuz cervical não seja utilizado em casos de infecções cervicais ou vaginais ativas, pois o seu uso pode agravar infecções já existentes (Contracepção, 2024).

*Espermicidas* (uso isolado e em combinação com barreiras físicas)

## **Introdução**

Os espermicidas são substâncias químicas que inativam ou destroem os espermatozoides, impedindo a fertilização. Disponíveis em géis, cremes, espumas e supositórios, são aplicados na vagina antes da relação sexual. Podem ser utilizados isoladamente, mas são mais eficazes quando combinados com métodos de barreira física, como o diafragma ou o capuz cervical (Febrasgo, 2018).

## **Vantagens e desvantagens**

As vantagens dos espermicidas incluem a facilidade de acesso, já que podem ser adquiridos sem prescrição médica, e a ausência de efeitos sistêmicos, não interferindo nos processos hormonais. São uma opção para quem busca um método de uso ocasional ou complementar a outro método (Ministério da Saúde, 2016).

Por outro lado, quando utilizados isoladamente, apresentam eficácia limitada, com taxa de falha relativamente alta. Podem causar irritação vaginal ou peniana, o que pode aumentar o risco de transmissão de ISTs. A necessidade de aplicação imediata antes de cada relação sexual pode ser inconveniente e interferir na espontaneidade. Além disso, não oferecem proteção contra ISTs (Resende, 2019). São indicados para pessoas que desejam um método não hormonal e de fácil acesso, especialmente como complemento a outros métodos. São adequados para uso ocasional ou em combinação com barreiras físicas (OMS, 2007a).

## Critérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas  |
|--|-----------|--|
| Histórico de Síndrome de Choque Tóxico     | 1         | Seguro para uso  |
| Infecção no Trato Urinário                 | 2         | Usar com cautela, pois o espermicida pode aumentar o risco de irritação ou infecção urinária |
| Alergia ao Componente do Espermicida       | 4         | Contraindicado em casos de alergia confirmada  |
| Risco Elevado de HIV                       | 4         | Contraindicado como método isolado devido à falta de proteção contra HIV                     |
| Uso com Preservativos e Diafragma          | 1         | Seguro e recomendado para aumentar a eficácia contraceptiva                                  |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 4: contraindicado.

## Contraindicações absolutas

Indivíduos com alergia ou hipersensibilidade aos componentes dos espermicidas devem evitar o uso desse método, pois podem apresentar reações alérgicas. Além disso, em casos de infecções vaginais ativas, o uso de espermicidas pode agravar irritações ou infecções já presentes (UFRRJ, 2021).



## **Capítulo 5**

# **Métodos hormonais contraceptivos**

Jorge Nelson Moinhos Peres Filho

# Métodos hormonais contraceptivos

## *Pílula anticoncepcional*

### **Introdução**

A pílula anticoncepcional, ou contraceptivo oral combinado, é amplamente utilizada no Brasil devido à sua eficácia e acessibilidade. Composta por estrogênio e progestagênio sintéticos, geralmente etinilestradiol e progestágenos como levonorgestrel, drospirenona ou desogestrel, sua principal ação é a inibição da ovulação. Isso ocorre pela supressão do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, impedindo o pico do hormônio luteinizante (LH) necessário para a liberação do óvulo. Além disso, a pílula espessa o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides, e altera o endométrio, reduzindo a probabilidade de implantação de um óvulo fertilizado (Contracepção, 2024; Febrasgo, 2018; Ministério da Saúde, 2016, 2018; Resende, 2019; Trussell, 2011; UFRRJ, 2021).

### **Vantagens e desvantagens**

A experiência clínica demonstra que a pílula anticoncepcional oferece múltiplos benefícios além da contracepção. Entre as vantagens, destacam-se a regulação do ciclo menstrual, redução da dismenorreia e melhoria de sintomas da síndrome dos ovários policísticos. A pílula também contribui para a redução da acne e do hirsutismo, além de oferecer proteção contra câncer de ovário e endométrio (Bahamondes, 2006; Barrier [...], 2023; Ministério da Saúde, 2016, 2018; OMS, 2007a).

Em termos de eficácia, quando utilizada corretamente, a pílula apresenta uma taxa de falha de aproximadamente 0,3% ao ano. No uso típico, considerando possíveis esquecimentos ou uso irregular, essa taxa pode aumentar para cerca de 9% ao ano (OMS, 2007a).

Entretanto, a necessidade de disciplina para a ingestão diária

pode ser um desafio para algumas mulheres. Efeitos colaterais como náuseas, cefaleia, sensibilidade mamária e alterações de humor podem ocorrer. Além disso, existe um risco aumentado de eventos tromboembólicos venosos, especialmente em mulheres com fatores de risco adicionais, como tabagismo e histórico familiar de trombose (Agência Nacional de Vigilância Sanitária [Anvisa], 2019; *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG), 2019; Bahamondes, 2006).

A escolha pela pílula deve ser individualizada, considerando a história clínica da paciente, seus hábitos de vida e preferências pessoais. É crucial uma avaliação médica prévia para identificar possíveis contra indicações e orientar sobre o uso adequado. Mulheres jovens, não fumantes e sem histórico de doenças cardiovasculares são candidatas ao seu uso (Febrasgo, 2018).

### **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal   | Categoria | Notas   |
|--|-----------|---|
| Gravidez                                     | NA        | Não se aplica.  |
| Idade ≥ 40 anos                              | 2         | Pode ser usada, porém com monitoramento.  |
| Amamentação < 6 semanas após o parto         | 4         | Contraindicado devido ao risco de trombose.   |
| Amamentação de 6 semanas a <6 meses          | 3         | Uso restrito, requer acompanhamento médico.   |
| Histórico de TVP/EP                          | 4         | Contraindicado devido ao risco de eventos trombóticos.                                |
| Hipertensão arterial não controlada          | 4         | Contraindicado, especialmente se pressão sistólica ≥160 mmHg ou diastólica ≥100 mmHg. |
| Enxaqueca com aura                           | 4         | Contraindicado pelo risco de AVC.   |
| Tabagismo (idade >35 anos, ≥15 cigarros/dia) | 4         | Contraindicado por alto risco cardiovascular.   |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.  
Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.  
Categoria 4: contraindicado.

### **Contraindicações absolutas**

As contraindicações absolutas para o uso da pílula anticoncepcional incluem histórico atual ou prévio de tromboembolismo venoso ou arterial, doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares graves, hipertensão arterial não controlada

(pressão sistólica  $\geq 160$  mmHg ou diastólica  $\geq 100$  mmHg), doença hepática ativa ou tumores hepáticos, câncer de mama atual ou suspeito, sangramento vaginal sem causa definida, enxaqueca com aura, e tabagismo em mulheres com mais de 35 anos que fumam 15 ou mais cigarros por dia (OMS, 2007a).

### *Adesivo anticoncepcional*

## **Introdução**

O adesivo anticoncepcional é uma alternativa que oferece praticidade e comodidade. Consiste em um sistema transdérmico que libera estrogênio (etinilestradiol) e progestagênio (norelgestromina) diretamente na circulação sistêmica. Ao evitar o metabolismo de primeira passagem pelo fígado, proporciona níveis hormonais mais estáveis. Seu mecanismo de ação é similar ao da pílula, inibindo a ovulação, espessando o muco cervical e alterando o endométrio (Ministério da Saúde, 2018).

## **Vantagens e desvantagens**

A aplicação semanal do adesivo é uma das principais vantagens, reduzindo a necessidade de lembretes diários e potencialmente melhorando a adesão ao método. É especialmente útil para mulheres com distúrbios gastrointestinais que possam afetar a absorção oral (Ministério da Saúde, 2018). Com relação à eficácia, sua taxa de falha teórica semelhante à da pílula, cerca de 0,3% ao ano. No uso típico, pode chegar a 9% ao ano devido a possíveis descolamentos ou atrasos na substituição (OMS, 2007a).

Entre as desvantagens, destacam-se as possíveis reações cutâneas no local de aplicação, como irritação ou dermatite. Mulheres com peso corporal acima de 90 kg podem apresentar redução na eficácia contraceptiva. Além disso, o risco de eventos tromboembólicos venosos pode ser semelhante ao dos contraceptivos orais combinados. No Brasil, o adesivo não é disponibilizado pelo SUS, o que pode limitar o acesso devido ao custo elevado (ACOG, 2019).

A indicação do adesivo anticoncepcional deve ser baseada em avaliação individualizada, levando em consideração as contra indicações e preferências da paciente. É indicado para mulheres que desejam um método semanal e que possam ter dificuldade com a administração oral (Febrasgo, 2018).

## **Critérios de elegibilidade**

Critérios de Elegibilidade para Adesivo Anticoncepcional

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas   |
|--|-----------|---|
| Gravidez                                   | NA        | Não se aplica.  |
| Idade $\geq$ 40 anos                       | 2         | Pode ser utilizado com monitoramento, devido ao risco cardiovascular. |
| Amamentação < 6 semanas após o parto       | 4         | Contraindicado devido ao risco aumentado de trombose.                 |
| Histórico de TVP/EP                        | 4         | Contraindicado devido ao risco de complicações trombóticas.           |
| Obesidade (IMC $\geq$ 30)                  | 2         | Pode ser utilizado com monitoramento.                                 |
| Hipertensão (não controlada)               | 4         | Contraindicado em casos de hipertensão grave.                         |
| Enxaqueca com aura                         | 4         | Contraindicado por aumentar o risco de AVC.                           |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 4: contraindicado.

## **Contraindicações absolutas**

As contraindicações absolutas para o uso da pílula anticoncepcional incluem histórico atual ou prévio de tromboembolismo venoso ou arterial, doenças cardiovasculares ou cerebrovasculares graves, hipertensão arterial não controlada, doença hepática ativa ou tumores hepáticos, câncer de mama atual ou suspeito, sangramento vaginal sem diagnóstico, enxaqueca com aura, e tabagismo em mulheres com mais de 35 anos que fumam 15 ou mais cigarros por dia (OMS, 2007a).

### *Anel vaginal anticoncepcional*

## **Introdução**

O anel vaginal é um dispositivo flexível que libera doses baixas de estrogênio (etinilestradiol) e progestagênio (etonogestrel) diretamente na circulação sistêmica via mucosa vaginal e de

forma contínua. Essa forma de administração evita o metabolismo hepático de primeira passagem e proporciona níveis hormonais estáveis. O anel permanece na vagina por três semanas, seguido de um intervalo de uma semana (Febrasgo, 2018).

## Vantagens e desvantagens

A conveniência do uso mensal é uma vantagem significativa, podendo melhorar a adesão ao método. A autoadministração confere autonomia à mulher, e a liberação contínua de hormônios com doses menores pode reduzir os efeitos colaterais (Bahamondes, 2006). A eficácia é comparável à dos contraceptivos orais combinados, com taxa de falha teórica de 0,3% ao ano. No uso típico, a taxa de falha pode chegar a 9% ao ano (OMS, 2007a).

As desvantagens incluem a necessidade de manipulação vaginal, o que pode ser desconfortável para algumas mulheres. Podem ocorrer efeitos adversos locais, como irritação vaginal ou corrimento. No Brasil, o anel vaginal não é disponibilizado pelo SUS, e o custo pode ser um fator limitante (Ministério da Saúde, 2018).

O anel vaginal é indicado para mulheres que preferem um método hormonal combinado com administração mensal e desejam evitar a ingestão diária de comprimidos. A avaliação médica é essencial para identificar possíveis contra indicações (Febrasgo, 2018).

## Critérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal         | Categoria | Notas   |
|--|-----------|---|
| Gravidez   | NA        | Não se aplica.                                    |
| Idade $\geq$ 40 anos                               | 2         | Geralmente permitido, com acompanhamento médico.  |
| Amamentação < 6 semanas após o parto               | 4         | Contraíndicado devido ao risco de trombose.       |
| Histórico de TVP/EP                                | 4         | Contraíndicado.                                   |
| Hipertensão (não controlada)                       | 4         | Contraíndicado.                                   |
| Enxaqueca com aura                                 | 4         | Contraíndicado devido ao risco de AVC.            |
| Tabagismo (idade >35 anos, $\geq$ 15 cigarros/dia) | 4         | Contraíndicado pelo risco cardiovascular elevado. |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.  
Categoria 4: contraíndicado.

## **Contraindicações absolutas**

As contraindicações absolutas para o uso da pílula anticoncepcional incluem histórico atual ou prévio de tromboembolismo venoso ou arterial, doença cardiovascular ou cerebrovascular significativa, hipertensão arterial não controlada, doença hepática ativa ou tumores hepáticos, câncer de mama atual ou suspeito, sangramento vaginal sem explicação e enxaqueca com aura (OMS, 2007a).

### *Injeção anticoncepcional*

## **Introdução**

A injeção anticoncepcional é um método hormonal de longa duração administrado por via intramuscular. No Brasil, temos a injeção trimestral com progestagênio isolado (acetato de medroxiprogesterona) e a injeção mensal combinada (estrogênio e progestagênio). Ambas inibem a ovulação e modificam o muco cervical e o endométrio (Ministério da Saúde, 2018).

## **Vantagens e desvantagens**

A eficácia prolongada é uma vantagem importante, reduzindo a necessidade de administração frequente. A injeção trimestral é adequada para mulheres que desejam evitar o estrogênio, sendo segura durante a lactação. Pode também oferecer benefícios como redução de sintomas da endometriose (Bahamondes, 2006). Sua taxa de falha teórica é de 0,2% ao ano; no uso típico, pode chegar a 6% devido a atrasos nas aplicações (OMS, 2007a).

As desvantagens incluem alterações no ciclo menstrual, como irregularidades ou amenorreia. O retorno à fertilidade pode ser retardado após a suspensão, especialmente com a injeção trimestral. Podem ocorrer efeitos colaterais como ganho de peso e redução da densidade mineral óssea com uso prolongado. A necessidade de visitas regulares ao serviço de saúde para aplicação é outro fator a considerar (Ministério da Saúde, 2018).

A injeção anticoncepcional é indicada para mulheres que

buscam contracepção de longa duração e preferem evitar a administração diária. A injeção com progestagênio isolado é uma opção para lactantes e para aquelas com contraindicação ao estrogênio (Febrasgo, 2018).

## **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria (Combinada) | Categoria (Progestágeno) | Notas  |
|--|-----------------------|--------------------------|--|
| Gravidez                                   | NA                    | NA                       | Não se aplica.   |
| Idade ≥ 40 anos                            | 1                     | 1                        | Sem restrições para ambas.   |
| Amamentação < 6 semanas após o parto       | 4                     | 1                        | Contraindicado para a injeção combinada, permitido para progestágeno.  |
| Histórico de TVP/EP                        | 4                     | 2                        | Contraindicado na combinada; uso com cautela para progestágeno.        |
| Hipertensão (não controlada)               | 4                     | 3                        | Contraindicado na combinada; monitoramento necessário na progestágeno. |
| Enxaqueca com aura                         | 4                     | 2                        | Contraindicado na combinada; permitida com cautela na progestágeno.    |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

### **Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contraindicado.

## **Contraindicações absolutas**

### Para a injeção combinada:

As contraindicações absolutas para o uso da pílula anticoncepcional incluem histórico atual ou prévio de tromboembolismo venoso ou arterial, doença cardiovascular ou cerebrovascular grave, hipertensão arterial não controlada, doença hepática ativa ou tumores hepáticos, câncer de mama atual ou suspeito, sangramento vaginal não diagnosticado, enxaqueca com aura e tabagismo em mulheres com mais de 35 anos que fumam 15 ou mais cigarros por dia (Febrasgo, 2018).

### Para a injeção com progestagênio isolado:

As contraindicações absolutas para o uso da pílula

anticoncepcional incluem câncer de mama atual ou suspeito, sangramento vaginal sem causa determinada e doença hepática grave (Ministério da Saúde, 2018).

### *Implante contraceptivo*

#### **Introdução**

O implante contraceptivo é um pequeno bastão flexível inserido sob a pele do braço, liberando continuamente progestagênio (etonogestrel) por até três anos. Inibe a ovulação e altera o muco cervical e o endométrio. É considerado um método de longa duração e alta eficácia (Ministério da Saúde, 2018).

#### **Vantagens e desvantagens**

A alta eficácia, com taxa de falha inferior a 0,05% ao ano, é uma das principais vantagens. O implante é independente da usuária após a inserção, eliminando erros relacionados ao uso incorreto. O retorno à fertilidade é rápido após a remoção. É adequado para mulheres que não podem ou preferem não utilizar estrogênio, incluindo lactantes (Bahamondes, 2006).

As desvantagens incluem possíveis alterações menstruais, como sangramentos irregulares ou amenorreia, que podem ser desconfortáveis. A inserção e remoção requerem profissional de saúde treinado, o que pode limitar o acesso em algumas regiões. Podem ocorrer efeitos colaterais como cefaleia, acne e alterações de humor. Apesar de disponível no SUS, o custo inicial pode ser um obstáculo no setor privado (Bahamondes, 2006).

O implante contraceptivo é indicado para mulheres que desejam um método altamente eficaz e de longa duração. É especialmente útil para aquelas que têm dificuldade em aderir a métodos que exigem lembranças frequentes (Febrasgo, 2018).

## **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas  |
|--|-----------|--|
| Gravidez                                   | NA        | Não se aplica.                                   |
| Amamentação < 6 semanas após o parto       | 3         | Monitoramento necessário.                        |
| Histórico de TVP/EP                        | 2         | Pode ser usado com acompanhamento médico.        |
| Câncer de mama atual                       | 4         | Contraindicado.                                  |
| Sangramento vaginal sem diagnóstico        | 4         | Contraindicado até que a causa seja determinada. |
| Doença hepática grave                      | 4         | Contraindicado.                                  |
| Hipersensibilidade ao etonogestrel         | 4         | Contraindicado.                                  |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contraindicado.

## **Contraindicações absolutas**

As contraindicações absolutas para o uso do implante anticoncepcional incluem câncer de mama atual ou suspeito, sangramento vaginal sem diagnóstico, doença hepática grave e hipersensibilidade ao etonogestrel ou aos componentes do implante (OMS, 2007a).



## **Capítulo 6**

# **Sistemas intrauterinos ou mecânicos**

Paola Peres Freire

# Sistemas intrauterinos ou mecânicos

*DIU de cobre*

## **Introdução**

O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é uma alternativa eficaz para a contracepção, com a capacidade de atuar por até 12 anos. No Brasil, encontramos modelos como o DIU T Cu 380A e o *Multiload*, cujo número indica a área de superfície em mm<sup>2</sup> dos íons de cobre disponíveis na superfície endometrial (Wu; Pickle, 2014).

O DIU T Cu 380A é construído em polietileno, com uma cobertura de cobre tanto na haste vertical quanto na horizontal. É importante ressaltar que este dispositivo não contém látex em sua formulação, tornando-o uma opção segura para muitas mulheres (Febrasgo, 2018). Seu mecanismo de ação ainda não é completamente compreendido, sugerindo a existência de diversos fatores (Ortiz; Croxatto, 2007). Supõe-se que o cobre induza alterações bioquímicas e morfológicas no endométrio e no muco cervical, como o aumento das citocinas e prostaglandinas endometriais. Assim, o DIU prejudica a movimentação dos espermatozoides. Embora o processo de ovulação não seja inibido pelo DIU, a presença de cobre na cavidade endometrial pode causar danos aos óvulos (Patai *et al.*, 2003).

O DIU pode ser colocado em qualquer dia do ciclo menstrual, desde que a gravidez tenha sido descartada. Após a colocação, recomenda-se uma consulta de revisão entre 30 e 45 dias para verificar a presença de infecções, o padrão de sangramento e a satisfação da usuária e do parceiro. Após essa avaliação, o acompanhamento deve ser anual (Grimes; Schulz, 2001).

Para quem deseja trocar o DIU, a remoção do dispositivo antigo e a inserção do novo podem ocorrer em qualquer momento do ciclo. É essencial realizar um exame ginecológico completo antes da inserção, que inclui avaliação especular e toque bimanual,

permitindo observar o conteúdo vaginal e a condição do útero. Não é necessário o uso de antibióticos profiláticos durante a inserção (Grimes; Schulz, 2001).

## Vantagens e desvantagens

O funcionamento do DIU não depende de ações diárias ou mensais das usuárias, o que o torna prático e conveniente. Além disso, o dispositivo apresenta um perfil de efeitos colaterais relativamente baixo e oferece um excelente custo-benefício. Esse método contraceptivo é conhecido por sua alta eficácia e por ser um método de longa duração que pode ser revertido a qualquer momento (Ortiz; Croxatto, 2007; Patai *et al.*, 2003). Estudos indicam que entre as mulheres que realizam acompanhamentos médicos regulares, a taxa de gravidez é inferior a 1% ao ano (Febrasgo, 2018).

## Crítérios de elegibilidade

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas   |
|--|-----------|---|
| Gravidez                                   | 4         | Contraindicado durante a gravidez   |
| Infecção Pélvica Ativa                     | 4         | Contraindicado; deve ser tratado antes da inserção                          |
| Doença Inflamatória Pélvica (DIP)          | 3         | Evitar até que a infecção seja controlada                                   |
| Câncer Cervical                            | 4         | Contraindicado até o tratamento do câncer                                   |
| Diabetes Controlada                        | 1         | Uso seguro com monitoramento do estado de saúde                             |
| Uso Imediato Pós-parto                     | 2         | Pode ser inserido dentro de 48 horas após o parto, com maior acompanhamento |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

### Legenda:

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contraindicado.

## Contraindicações absolutas

As contraindicações para o uso do DIU de cobre são limitadas. Anormalidades uterinas, incluindo alterações nos ductos de Müller, como útero bicornu, septado ou estenose cervical severa, impedem a utilização do DIU. Miomas submucosos que distorcem significativamente a cavidade endometrial também contraindicam a inserção, devido à dificuldade e ao maior risco de expulsão. Por

outro lado, miomas que não afetam a forma da cavidade uterina não são considerados uma contraindicação (*National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 2013*).

Processos inflamatórios pélvicos agudos, como endometrite, cervicite mucopurulenta e tuberculose pélvica, contraindicam a manipulação do útero e a colocação do dispositivo, pois isso pode dificultar a resolução da infecção. Entretanto, mulheres que têm um histórico de doença inflamatória pélvica (DIP) e que foram tratadas adequadamente há pelo menos três meses podem receber o DIU (WHO, 2015).

Além disso, a gravidez confirmada é uma contraindicação, assim como um histórico recente de câncer endometrial ou cervical, que deve estar tratado. Mulheres sob anticoagulação ou com distúrbios de coagulação não se beneficiarão do DIU de cobre, devido ao possível aumento do fluxo menstrual associado ao seu uso (Febrasgo, 2018).

*DIU hormonal*

## **Introdução**

O DIU hormonal, conhecido também como Sistema Intrauterino (SIU) ou DIU medicado, é um dispositivo intrauterino com formato em T que, ao contrário dos DIUs de cobre e prata, não é revestido com fio metálico. Este dispositivo contém levonorgestrel, um tipo de progesterona semelhante ao hormônio que o corpo feminino produz. O DIU Kyleena® é uma variante desse dispositivo hormonal que, assim como o Mirena®, contém levonorgestrel, porém em uma dosagem menor (Febrasgo, 2018).

O mecanismo de ação do Sistema Intrauterino (SIU) está associado ao hormônio progesterona, que altera o endométrio, tornando o muco cervical mais espesso e dificultando o movimento dos espermatozoides, limitando seu avanço a 1 ou 2 mm (Lubianca *et al.*, 2021; Nelson, 2017). Além de provocar mudanças no endométrio, o SIU exerce um efeito antiproliferativo, causando atrofia glandular e inflamação local, o que impede a

fecundação (Dinehart; Lathi; Aghajanova, 2020; Miranda; Agulles Simó, 2018).

Com o tempo após a inserção do dispositivo, ocorre uma redução gradual do fluxo menstrual, que pode levar à amenorreia ou a pequenos sangramentos intermitentes (Frenz *et al.*, 2021). Para efeito contraceptivo imediato, o DIU-LNG deve ser inserido entre o primeiro e o quinto dia do ciclo menstrual; fora desse período, são necessários sete dias para que seja eficaz (Pearson *et al.*, 2022).

Tanto o DIU Mirena quanto o DIU Kyleena apresentam uma taxa de sucesso superior a 99% na prevenção da gravidez. O Mirena é eficaz por até sete anos, enquanto o Kyleena tem uma duração de aproximadamente cinco anos. Ambos são recomendados para mulheres que buscam métodos contraceptivos de longa duração e têm a vantagem de oferecer benefícios adicionais, como a redução do fluxo menstrual e das cólicas (*Committee on Practice Bulletins-Gynecology, Long-Acting Reversible Contraception Work Group*, 2017).

## **Vantagens e desvantagens**

O DIU se beneficia por ser um método facilmente reversível e oferece retorno à fertilidade após sua retirada, evitando arrependimentos e pedidos de reversão de laqueadura (Bahamondes, 2006). Embora o custo inicial do DIU hormonal seja um obstáculo, ele se torna econômico a longo prazo, pois dispensa anticoncepcionais mensais e é adequado para mulheres de diversos perfis (Sierra, 2019).

Os efeitos benéficos do DIU incluem redução do fluxo menstrual, possível amenorreia e alívio de cólicas (Stoegerer-Hecher *et al.*, 2012). Além disso, o DIU Mirena® reduz a doença inflamatória pélvica ao espessar o muco cervical, dificultando a passagem dos espermatozoides (Murray; Roke, 2018). Já o DIU Kyleena®, menor e com inserção mais fácil, é ideal para mulheres jovens, nulíparas ou com canal cervical estreito, e tem menor dose de levonorgestrel (19,5 mg), causando menos efeitos adversos, como alteração de peso, humor e libido (Pereira; Cardoso; Batalhão, 2021).

Muitas mulheres retiram o dispositivo devido a sangramentos irregulares nos primeiros meses após a inserção, levando à descontinuação do método (Schmidt *et al.*, 2015). Outros efeitos colaterais relatados incluem acne, sensibilidade nas mamas e ganho de peso, associados tanto ao Mirena® quanto ao Kyleena® (Gemzell-Danielsson; Schellschmidt; Apter, 2012). Além disso, o DIU com levonorgestrel pode intensificar a resposta autonômica do sistema nervoso ligada ao estresse e à frequência cardíaca, podendo também impactar negativamente o desejo sexual (Aleknaviciute *et al.*, 2017; Malmberg; Brynhildsen; Hammar, 2019).

### **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas   |
|--|-----------|---|
| Gravidez                                   | 4         | Contraindicado durante a gravidez                               |
| Câncer de Mama                             | 4         | Contraindicado, devido ao componente hormonal                   |
| Sangramento Uterino Anormal                | 3         | Contraindicado até que seja estabelecida a causa do sangramento |
| Infecção Pélvica                           | 4         | Contraindicado; deve ser tratado antes da inserção              |
| Doença Cardiovascular Controlada           | 1         | Seguro para uso com monitoramento                               |
| Diabetes sem Complicações Vasculares       | 2         | Uso com cautela, monitorando alterações na saúde                |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contraindicado.

### **Contraindicações absolutas**

As contraindicações para a inserção do DIU Mirena® incluem uma série de problemas anatômicos e sistêmicos, além de fatores sociais. As principais contraindicações são: gravidez atual ou suspeita, anomalias uterinas que alteram a cavidade, câncer de endométrio, mama ou colo do útero, sangramentos uterinos de causa desconhecida e doença inflamatória pélvica ativa (Kyleena [...], 2018; Prine; Shah, 2018).



## **Capítulo 7**

# **Métodos irreversíveis cirúrgicos**

Paola Peres Freire  
Luciano Goulart Ferreira Júnior

# Métodos irreversíveis cirúrgicos

## *Laqueadura tubária*

### **Introdução**

A laqueadura tubária é um método anticoncepcional permanente, também conhecido como esterilização feminina, que envolve um procedimento cirúrgico (Hatcher *et al.*, 2001). Esse procedimento pode ser realizado no pós-parto imediato ou tardio, e pode ser feito por vias abdominal ou vaginal (Pinho Neto; Sales, 2000). Na abordagem abdominal, uma pequena incisão no abdômen permite que as trompas de Falópio sejam cortadas ou ligadas, bloqueando a passagem dos óvulos e impedindo a fecundação (Febrasgo, 2018).

As técnicas usadas para a realização da laqueadura incluem laparotomia, colpotomia, culdoscopia, histeroscopia, laparoscopia e minilaparotomia, sendo as duas últimas as mais comuns. Na laparoscopia, uma incisão de cerca de 2 cm é feita abaixo da cicatriz umbilical, e um laparoscópio é inserido para visualizar e bloquear as trompas, por meio de um anel, grampo ou eletrocoagulação, que sela as trompas com corrente elétrica. Depois, a incisão é fechada com pontos (Pinho Neto; Sales, 2000).

Para a realização do procedimento, é essencial que o centro médico esteja bem equipado, com a presença de um anestesista e condições para realizar o procedimento com segurança (Hatcher *et al.*, 2001). Além disso, a laqueadura também pode ser feita durante uma histerectomia, em casos de patologias como endometriose, mioma uterino ou prolapso genital (Pereira Filho, 2000). O procedimento pode ser realizado em diferentes momentos, como fora do ciclo gravídico-puerperal, no pós-parto, no pós-aborto ou durante uma cesariana (Febrasgo, 2018).

A nova lei da laqueadura tubária (Lei nº 14.443 de 2022) trouxe três mudanças principais em relação à legislação anterior (Lei nº 9.263 de 1996):

1. A redução da idade mínima para a esterilização voluntária de 25 para 21 anos;
2. A permissão para realizar a esterilização no pós-parto, desde que a vontade da mulher seja manifestada até 60 dias após o parto;
3. A dispensa do consentimento do cônjuge, proporcionando maior autonomia à pessoa que deseja realizar o procedimento.

Essas mudanças buscam simplificar o processo e garantir mais liberdade para aqueles que optam pela esterilização (Febrasgo, 2018).

### **Vantagens e desvantagens**

Entre os motivos que levam as mulheres a escolherem a laqueadura tubária estão os efeitos colaterais e falhas de outros métodos contraceptivos, o número de filhos considerado ideal, a busca por segurança em relação a uma possível gestação indesejada, condições de saúde que poderiam representar riscos à mãe ou ao feto em nova gravidez, e fatores socioeconômicos (Mendes *et al.*, 2004).

Todas as mulheres que desejam realizar o procedimento devem passar por uma avaliação detalhada para verificar a saúde do colo do útero e garantir que estejam fisicamente e emocionalmente preparadas. Essa avaliação inclui o levantamento do histórico médico, exame clínico e a solicitação de exames complementares pelo médico, com o objetivo de minimizar o risco de complicações. Também é essencial que as mulheres sejam esclarecidas sobre a irreversibilidade do método e as possíveis complicações que podem surgir (Pinho Neto, 2000).

As taxas de arrependimento variam entre 2 e 13%, dependendo do momento da realização do procedimento e da idade da mulher. O arrependimento é mais frequente entre mulheres mais jovens, sem filhos ou com poucos filhos, que não são casadas, enfrentam dificuldades no relacionamento, cujos parceiros são contra a cirurgia, ou que não discutiram a decisão com seu cônjuge.

O arrependimento também é comum em mulheres que se submeteram ao procedimento logo após o aborto ou no pós-parto imediato (Febrasgo, 2018). Além disso, pode ocorrer quando a mulher não recebe orientação adequada sobre a irreversibilidade do método, desconhece outras opções contraceptivas reversíveis ou quando há uma troca de parceiro recente (Pinho Neto, 2000).

## **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas  |
|--|-----------|--|
| Gravidez                                   | 4         | Contraindicado durante a gravidez                                |
| Hemorragia Pélvica                         | E         | Procedimento deve ser realizado em um local com suporte adequado |
| Doença Cardiovascular Grave                | 3         | Evitar, a menos que seja a única opção disponível                |
| Diabetes Não Controlada                    | 3         | Evitar até o controle adequado                                   |
| Cirurgia Abdominal Recente                 | R         | Retardar até recuperação completa                                |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.

Categoria 4: contraindicado.

## **Contraindicações absolutas**

A indicação ginecológica para a realização da esterilização voluntária inclui condições como prolapso uterino, genitoptose, rupturas perineais e cistocele de primeiro e segundo grau. Do ponto de vista obstétrico, o procedimento é recomendado para gestantes de alto risco, ou seja, aquelas que apresentam diversas patologias, como distúrbios genéticos, diabetes, malformações congênitas, isoimunização, entre outras. Além disso, a indicação psiquiátrica inclui patologias hereditárias como esquizofrenia e psicose maníaco-depressiva (Leal; Câmara, 2000).

A esterilização também pode ser indicada para mulheres com histórico de gravidez ectópica, pré-eclâmpsia leve, tumores benignos nos ovários, ciclos menstruais irregulares, menstruação dolorosa, sangramentos excessivos, varizes, vaginite sem cervicite purulenta, esquistossomose não complicada, tuberculose, malária e até mesmo infecção pelo HIV, ou seja, mulheres HIV positivas (Hatcher *et al.*, 2001).

Por outro lado, a laqueadura tubária por laparoscopia é contraindicada para mulheres com problemas cardíacos, pulmonares, hérnias diafragmáticas, cicatrizes abdominais, histórico de infecções pélvicas agudas ou que apresentem obesidade excessiva (Leal; Câmara, 2000).

## *Vasectomia*

### **Introdução**

A vasectomia é um método de planejamento familiar permanente, amplamente utilizado, eficaz e de baixo custo, com riscos mínimos à saúde do paciente. Embora existam diversas abordagens cirúrgicas, a técnica mais comum segue os seguintes passos (Manhoso; Hoga, 2005):

1. Antissepsia e preparação da região operatória: a região a ser operada é limpa com antissépticos e coberta com campos estéreis;
2. Anestesia local: a anestesia é aplicada na pele e subcutâneo na parte superior da bolsa escrotal, seguida de infiltração no cordão espermático, utilizando anestésico sem vasoconstritor;
3. Incisão do escroto: o cirurgião localiza o ducto deferente através da palpação e faz uma incisão de cerca de 1,5 cm, atingindo a túnica do funículo espermático;
4. Exposição do ducto deferente: o ducto deferente é identificado e isolado. A túnica do funículo é incisa para expô-lo;
5. Liberação do ducto deferente: o ducto é isolado com técnicas apropriadas de dissecação, evitando lesões na artéria do deferente, que deve ter cerca de 2 cm de extensão. Deve-se evitar tração excessiva para não causar dor;
6. Ressecção do ducto deferente: um segmento de 1,5 cm do ducto deferente é removido, e os cotos são ligados com categute 3-0 cromado. A hemostasia é revisada e, se necessário, vasos sangrantes são ligados com nylon 3-0. Não é necessário curativo oclusivo, embora possa ser aplicado nas primeiras 24 a 48 horas. A medicação pós-operatória inclui analgésicos e anti-inflamatórios (Manhoso; Hoga, 2005).

Para a realização da vasectomia pelo SUS, o paciente deve atender aos seguintes critérios: ser maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos vivos e possuir capacidade civil plena. O desejo de esterilização deve ser manifestado com um intervalo mínimo de 60 dias antes da cirurgia. Caso exista risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro, deve haver um relatório médico assinado por dois profissionais. Se o paciente estiver em sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges. Para pessoas absolutamente incapazes, a esterilização só pode ocorrer com autorização judicial (Macedo *et al.*, 2023).

### **Vantagens e desvantagens**

A vasectomia foi legalizada no Brasil em 1996 pela Lei nº 9.263 e está disponível gratuitamente em algumas instituições de saúde pública (Manhoso; Hoga, 2005). Embora seja uma opção bastante procurada, a vasectomia apresenta benefícios e riscos. Entre os benefícios, destacam-se o fato de não interferir nas relações sexuais, não afetar o desempenho sexual do homem e não ter efeitos colaterais a longo prazo ou riscos à saúde (Joinville, 2019).

No entanto, os riscos incluem complicações raras, tais como infecção e sangramento no local ou dentro da incisão, além da formação de coágulos no escroto. A vasectomia também não oferece proteção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo HIV/AIDS. De acordo com a Sociedade Brasileira de Urologia, há um índice significativo de arrependimento entre homens que se submetem ao procedimento e depois tentam reverter a vasectomia. Estima-se que de 15% a 17% dos homens que fazem a vasectomia se arrependem anos depois, especialmente quando se separam, ficam viúvos ou formam uma nova família e desejam ter mais filhos (Joinville, 2019).

Apesar da crescente procura pela vasectomia, ainda há pouca informação sobre a taxa de falha cirúrgica (identificada pela presença de esperma no sêmen), as principais complicações do procedimento e as características dos pacientes que escolhem

esse método contraceptivo. Por isso alguns autores, como Barone *et al.* (2004) , realizaram estudos para avaliar qualitativamente os pacientes submetidos à vasectomia.

Atualmente, o SUS oferece a vasectomia como uma das opções de esterilização masculina dentro do programa de planejamento familiar, sendo indicada para casais que desejam controlar o número de filhos (Macedo *et al.*, 2023).

## **Critérios de elegibilidade**

**Critérios de Elegibilidade para Vasectomia**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal | Categoria | Notas   |
|--|-----------|---|
| Infecção Ativa no Escroto                  | R         | Retardar até resolução da infecção                |
| Diabetes Controlada                        | 1         | Uso seguro com monitoramento                      |
| Doença Hemorrágica                         | E         | Procedimento requer suporte especializado         |
| HIV (não tratado)                          | E         | Precauções especiais e ambiente controlado        |
| Jovem sem Filhos                           | C         | Usar cautela, aconselhamento prévio é recomendado |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

## **Contraindicações absolutas**

As contraindicações para a realização da vasectomia incluem infecção local na pele ou no escroto, presença de massa intra-escrotal, infecção do trato genital masculino ou orquite, e distúrbios de coagulação (Joinville, 2019).



## **Capítulo 8**

# **Contracepção de emergência**

Nicole Jenniffer Giffoni Cruz

# Contracepção de emergência

## Introdução

A contracepção de emergência, comumente referida como “pílula do dia seguinte” ou “DIU de emergência”, representa uma ferramenta significativa para a diminuição de gestações não planejadas. Entretanto, a persistência de mitos e a falta de informação sobre esses métodos ainda restringem sua utilização. É fundamental que os profissionais de saúde tenham um entendimento claro da fisiologia envolvida e sejam capazes de oferecer orientações adequadas às pacientes.

Os métodos disponíveis diferem em seus mecanismos de ação, eficácia e prazos de administração, sendo cada um apropriado para determinadas situações. O propósito deste artigo é apresentar uma análise detalhada que dê suporte à prática médica fundamentada em evidências.

O levonorgestrel, um progestágeno sintético, exerce sua ação predominantemente inibindo ou retardando a ovulação. Na fase folicular, o fármaco interfere na liberação das gonadotrofinas pela hipófise, o que impede a maturação do folículo dominante. Durante a fase periovulatória, ele evita a liberação do óvulo ao suprimir o aumento do LH (hormônio luteinizante), que é crucial para a ovulação.

Ademais, o LNG provoca modificações no muco cervical, tornando mais difícil a passagem dos espermatozoides, além de influenciar o transporte do óvulo nas trompas de Falópio. Quanto à posologia, pode ser administrado em uma única dose de 1,5 mg ou em duas doses de 0,75 mg, com um intervalo de 12 horas entre elas. A eficácia é maximizada quando o uso ocorre até 72 horas após a relação sexual (von Hertzen *et al.*, 2002).

O acetato de ulipristal é um modulador seletivo do receptor de progesterona que atua inibindo diretamente a interação desse hormônio com seus receptores, mesmo nas fases mais avançadas

do ciclo menstrual. Na fase periovulatória, ao bloquear a ação da progesterona, o UPA previne a ovulação, mesmo quando o pico de LH já se iniciou. Além disso, o medicamento diminui a receptividade do endométrio ao óvulo fertilizado, restringindo a possibilidade de implantação.

Em relação à posologia, é administrado em uma única dose de 30 mg. O UPA é eficaz até 120 horas após a relação sexual e apresenta eficácia superior ao LNG em fases mais próximas à ovulação (Glasier *et al.*, 2010).

## **Critérios de elegibilidade**

| Condição de Saúde / Característica Pessoal         | Categoria | Notas  |
|--|-----------|--|
| Gravidez   | NA        | Não se aplica, pois a pílula do dia seguinte não é indicada para uso em caso de gravidez confirmada.   |
| Idade $\geq$ 40 anos                               | 1         | Pode ser usada sem restrições de idade.  |
| Amamentação < 6 semanas após o parto               | 2         | Uso permitido, mas com monitoramento, pois pequenas quantidades de hormônios podem ser excretadas no leite.  |
| Histórico de TVP/EP                                | 2         | Pode ser usada com cautela, pois o uso único e emergencial tem baixo impacto trombótico.   |
| Hipertensão arterial não controlada                | 2         | Permitido em situação de emergência, mas com monitoramento, especialmente em casos de hipertensão grave.   |
| Enxaqueca com aura                                 | 2         | Uso com cautela, pois pode aumentar o risco de eventos vasculares; monitoramento é recomendado.  |
| Tabagismo (idade >35 anos, $\geq$ 15 cigarros/dia) | 2         | Permitido em caso de emergência, com orientação médica devido ao aumento do risco cardiovascular em usuárias frequentes de anticoncepcionais hormonais combinados. |
| Obesidade (IMC $\geq$ 30)                          | 1         | Uso permitido, embora possa haver uma leve redução na eficácia em pessoas com IMC mais elevado.  |
| Doença Cardíaca Valvular Complicada                | 3         | Em caso de condição grave, o uso é permitido apenas se não houver alternativas viáveis, devido ao risco cardiovascular.  |
| Insuficiência Hepática Grave                       | 3         | Uso com cautela; idealmente, evitar em pacientes com comprometimento hepático severo devido ao metabolismo hepático dos hormônios.                                 |
| Distúrbios da Coagulação                           | 2         | Pode ser utilizada, com cautela, especialmente em pacientes com histórico de eventos trombóticos.  |

**Fonte:** Adaptado de OMS (2007b).

**Legenda:**

Categoria 1: uso permitido em qualquer circunstância.

Categoria 2: uso geralmente permitido, com monitoramento se necessário.

Categoria 3: não recomendado, a menos que não existam alternativas melhores.



## **Considerações finais**

# Considerações finais

Os métodos anticoncepcionais no Brasil desempenham um papel essencial na promoção da saúde sexual e reprodutiva, oferecendo às pessoas a possibilidade de planejar suas famílias de forma consciente e responsável. O acesso a esses métodos é um direito garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), que disponibiliza gratuitamente diversas opções, como preservativos, pílulas anticoncepcionais, injeções, dispositivos intrauterinos (DIU), métodos de emergência e até cirurgias de esterilização, como a laqueadura e a vasectomia. Apesar desses avanços, persistem desigualdades regionais e socioeconômicas que dificultam o pleno acesso de toda a população, especialmente entre mulheres em situação de vulnerabilidade, jovens e moradores de áreas rurais.

A diversidade de métodos disponíveis reflete a necessidade de atender diferentes necessidades e contextos. Os métodos hormonais, como as pílulas, adesivos e implantes, são amplamente usados por sua alta eficácia e praticidade, mas exigem monitoramento médico devido aos possíveis efeitos colaterais. Os métodos de barreira, como os preservativos, além de prevenirem a gravidez, são fundamentais no combate às infecções sexualmente transmissíveis (ISTs). Já os métodos cirúrgicos, como a vasectomia e a laqueadura, são opções definitivas para quem deseja não ter mais filhos, mas envolvem critérios legais e consentimento informado.

Embora o Brasil tenha avançado em termos de políticas públicas voltadas à saúde reprodutiva, desafios importantes permanecem. A desinformação, o estigma em torno do uso de alguns métodos e a falta de educação sexual abrangente nas escolas dificultam o pleno aproveitamento desses recursos. Além disso, a sobrecarga das mulheres no planejamento familiar revela questões de gênero ainda enraizadas na sociedade, já que elas frequentemente assumem a responsabilidade principal pela prevenção da gravidez.

Para superar essas barreiras, é essencial fortalecer as políticas de distribuição e acesso a métodos contraceptivos, investir em programas de educação sexual nas escolas e nas comunidades, e capacitar profissionais de saúde para oferecer orientação humanizada e personalizada. A democratização da informação é um passo decisivo para que cada pessoa possa escolher o método mais adequado às suas necessidades, garantindo autonomia e bem-estar.

Em suma, os métodos anticoncepcionais são ferramentas poderosas para a promoção da saúde e da igualdade de direitos, mas só atingirão seu potencial máximo quando integrados a uma abordagem mais ampla que inclua educação, combate à desigualdade e fortalecimento do SUS. Somente assim será possível construir uma sociedade em que todas as pessoas possam exercer plenamente seu direito ao planejamento familiar e à saúde sexual e reprodutiva.



## Referências

# Referências

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Bulas de medicamentos:** anticoncepcionais hormonais. Brasília: ANVISA, 2019.

ALBUQUERQUE, J. S. **Métodos anticoncepcionais reversíveis:** uma revisão. 2018. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Farmácia) – Centro de Educação e Saúde, Universidade Federal de Campina Grande, Cuité, 2018.

ALEKNAVICIUTE, J. *et al.* The levonorgestrel-releasing intrauterine device potentiates stress reactivity. **Psychoneuroendocrinology**, v. 80, p. 39-45, 2017.

ALVAREZ, S. E. **Engendering democracy in Brazil:** women's movement in transition politics. New Jersey: Princeton University Press, 1990.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). ACOG practice bulletin no. 206: use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. **Obstetrics & Gynecology**, v. 133, n. 2, p. 128-150, 2019.

ANDRADE, R. P. A escolha de um método anticoncepcional: o papel dos profissionais de saúde. *In:* SANCHES, M. A. **Bioética e planejamento familiar:** perspectivas e escolhas. Petrópolis: Vozes, 2014. p. 130-150.

BAHAMONDES, L. A escolha do método contraceptivo. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 28, n. 5, 2006.

BARONE, M. A. *et al.* Characteristics of men receiving vasectomies in the United States, 1998-1999. **Perspectives on Sexual and Reproductive Health**, v. 36, n. 1, p. 27-33, 2004.

BARRIER methods of birth control: spermicide, condom, sponge, diaphragm, and cervical cap. **American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)**, 2023. Disponível em: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/barrier-methods-of-birth-control-spermicide-condom-sponge-diaphragm-and-cervical-cap>. Acesso em: 7 nov. 2024.

BHERING, M. S.; KAJIYAMA, H. Planejamento familiar: método da ovulação "Billings". **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 14, n. 3, p. 257-263, 1980.

BILLINGS, E. L.; BILLINGS, J. J.; CATARINICH, M. **Atlas Billings do Método de Ovulação:** padrões de muco de fertilidade e infertilidade. São Paulo: Santuário, 1993.

BILLINGS, E. L.; WESTMORE, A. **O método Billings:** controle da fertilidade sem drogas e sem dispositivos artificiais. São Paulo: Paulus, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos:** uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Assistência em planejamento familiar:** manual técnico. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

COMMITTEE ON PRACTICE BULLETINS-GYNECOLOGY, LONG-ACTING REVERSIBLE CONTRACEPTION WORK GROUP. Practice bulletin no. 186: long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. **Obstetrics & Gynecology**, v. 130, n. 5, p. 251-269, 2017.

CONTRACEPÇÃO. **Gov.br**, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-mulher/saude-sexual-e-reprodutiva/contracepcao>. Acesso em: 3 nov. 2024.

COSTA, A. M. **O PAISM:** uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. São Paulo: Comissão de Cidadania e Reprodução, 1992.

DANGELO, J. G.; FATTINI, C. A. **Anatomia humana sistêmica e segmentar.** 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2007.

DINEHART, E.; LATHI, R. B.; AGHAJANOVA, L. Levonorgestrel IUD: is there a long-lasting effect on return to fertility? **Journal of Assisted Reproduction and Genetics**, v. 37, n. 1, p. 45-52, 2020.

EVANGELISTA, D. R. **Análise do líquido pré-ejaculatório e sua relação com a eficácia do coito interrompido**. 2012. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2012.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Anticoncepção**. São Paulo: FEBRASGO, 2018.

FRENZ, A. K. *et al.* Predicting menstrual bleeding patterns with levonorgestrel-releasing intrauterine systems. **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, v. 26, n. 1, p. 48-57, 2021.

GEMZELL-DANIELSSON, K.; SCHELLSCHMIDT, I.; APTER, D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. **Fertility and Sterility**, v. 97, n. 3, p. 616-622, 2012.

GLASIER, A. F. *et al.* Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. **The Lancet**, v. 375, n. 9714, p. 555-562, 2010.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 2, 2001.

HALL, J. E.; GUYTON, A. C. **Tratado de Fisiologia Médica**. 11. ed. São Paulo: Elsevier, 2006.

HANSCHKE, W. J. Avaliação estatística das técnicas contraceptivas. *In*: WILSON, M. A. **Controle da natalidade pelo método da ovulação**. São Paulo: Paulinas, 1982. p. 168-182.

HATCHER, R. A. *et al.* **Pontos essenciais da tecnologia de anticoncepção**: um manual para pessoal clínico. Baltimore: Johns Hopkins Population Inform, 2001.

JOINVILLE. Secretaria da Saúde. **Saúde do homem – planejamento familiar**: protocolo de esterilização cirúrgica voluntária e eletiva masculina: vasectomia. Joinville, 2019. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/public/portaladm/pdf/jornal/c4f60f06820313e9adb8f3f4a15bfa87.pdf>. Acesso em: 12 nov. 2024.

KYLEENA – another levonorgestrel IUS. **Drug and Therapeutics Bulletin**, v. 56, n. 2, p. 18-20, 2018.

LEAL, J. W. B.; CÂMARA, P. A. D. Ligadura tubária. *In*: HALBE, H. W. **Tratado de ginecologia**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2000. p. 873-883.

LEVINE, R. *et al.* Contraception. *In*: JAMISON, D. T. *et al.* **Disease control priorities in developing countries**. 2. ed. New York: Oxford University Press, 2006. p. 1075-1090.

LIMA, T. N. **Métodos Contraceptivos**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Técnico de Nível Médio em Saúde com Habilitação em Análises Clínicas) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2016.

LUBIANCA, J. N. *et al.* **Promoção e proteção da saúde da mulher ATM 2024/1**. Porto Alegre: UFRGS, 2021.

MACEDO, E. S. *et al.* Risco de paternidade após a vasectomia: uma revisão sistemática da literatura de 2011 a 2022. **ID online Revista de Psicologia**, v. 17, n. 65, p. 18-46, 2023.

MADUREIRA, V. S. F.; WEBER, A. I. Conhecimento de adolescente mulheres sobre contracepção. **Cogitare Enfermagem**, v. 16, n. 2, p. 333-339, 2011.

MALAGODI, E. A.; BRAGA, K. S. M. **Mulher**: o último elo uma nova e surpreendente visão da sexualidade humana. São Paulo: Paulinas, 2006.

- MALMBORG, A.; BRYNHILDSEN, J.; HAMMAR, M. A survey of young women's perceptions of the influence of the Levonorgestrel-Intrauterine System or copper-intrauterine device on sexual desire. **Sexual & Reproductive Healthcare**, v. 21, p. 75-80, 2019.
- MANHOSO, F. R.; HOGA, L. A. K. Men's experiences of vasectomy in the Brazilian Public Health Service. **International Nursing Review**, v. 52, n. 2, p. 101-108, 2005.
- MCKAY, M. O método da ovulação e a paternidade planejada. In: WILSON, M. A. **Controle da natalidade pelo método da ovulação**. São Paulo: Paulinas, 1982. p. 261-266.
- MENDES, M. A. *et al.* Contracepção cirúrgica feminina: da sorte grande ao arrependimento. **Nursing**, v. 78, n. 7, p. 34-39, 2004.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cadernos de atenção básica: saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas: atenção integral à saúde das mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- MIRANDA, T.; AGULLES SIMÓ, P. Aspectos éticos del uso del DIU Mirena(R) en el tratamiento de la hemorragia menstrual severa. **Cuadernos de Bioética**, v. 29, n. 96, p. 159-176, 2018.
- MOLINA, M. C. C. *et al.* Conhecimento de adolescentes do ensino médio quanto aos métodos contraceptivos. **O Mundo da Saúde**, v. 39, n. 1, p. 22-31, 2015.
- MOURA LOPES, E. *et al.* Conhecimento de enfermeiros sobre métodos contraceptivos no contexto do programa saúde da família. **Enfermería Global**, n. 20, p. 1-10, 2010.
- MOURA, E. R. F.; SILVA, R. M.; GALVÃO, M. T. G. Dinâmica do atendimento em planejamento familiar no Programa Saúde da Família no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p. 961-970, 2007.
- MURRAY, C.; ROKE, C. Who can afford a Mirena® for contraception? **Journal of Primary Health Care**, v. 10, n. 3, p. 201-206, 2018.
- NATIONAL CENTER FOR CHRONIC DISEASE PREVENTION AND HEALTH PROMOTION. US selected practice recommendations for contraceptive use, 2013. **Center for Disease Control and Prevention**, 21 jun. 2013. Disponível em: <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6205a1.htm>. Acesso em: 2 nov. 2024.
- NELSON, A. L. LNG-IUS 12: a 19.5 levonorgestrel-releasing intrauterine system for prevention of pregnancy for up to five years. **Expert Opinion on Drug Delivery**, v. 14, n. 9, p. 1131-1140, 2017.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Critérios médicos de elegibilidade para uso métodos anticoncepcionais**. Genebra: OMS, 2007a.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Planejamento familiar: um manual global para profissional e serviços de saúde**. Genebra: OMS, 2007b. Disponível em: [https://iris.who.int/bitstream/10665/44028/6/9780978856304\\_por.pdf](https://iris.who.int/bitstream/10665/44028/6/9780978856304_por.pdf). Acesso em: 20 nov. 2024.
- ORTIZ, M. E.; CROXATTO, H. B. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. **Contraception**, v. 75, n. 6, p. 16-30, 2007.
- OSIS, M. J. M. D. **Atenção integral à saúde da mulher, o conceito e o programa: história de uma intervenção**. 1994. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social) – Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Campinas, 1994.
- PADILHA, T.; DERETTI, E. A. Método de Ovulação Billings: entre eficácia e desconhecimento. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 208-219, 2021.
- PADILHA, T.; SANCHES, M. A. Participação masculina no planejamento familiar: uma revisão integrativa da literatura. **Interface**, v. 24, p. 1-15, 2020.

PAGLIUCA, L. M. F.; RODRIGUES, M. L. Métodos contraceptivos comportamentais: tecnologia educativa para deficientes visuais. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 147-153, 1998.

PATAI, K. *et al.* Local tissue effects of copper-containing intrauterine devices. **Fertilidade e Esterilidade**, v. 80, n. 5, p. 1281-1283, 2003.

PEARSON, S. *et al.* Long-acting reversible contraceptives: new evidence to support clinical practice. **Australian Journal of General Practice**, v. 51, n. 4, p. 246-252, 2022.

PEREIRA FILHO, A. S. Sequelas da anticoncepção cirúrgica. In: FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Temas especiais de anticoncepção**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 269-277.

PEREIRA, C.; CARDOSO, T. P.; BATALHÃO, I. G. A importância do dispositivo intra-uterino (DIU). **Revista Científica**, v. 1, n. 1, 2021.

PEREIRA, N. M. Fisiopatologia da disfunção ejaculatória. **ISEX Cadernos de Sexologia**, n. 1, p. 9-17, 2009.

PESSINI, L.; BARCHIFONTAINE, C. P. **Problemas atuais de bioética**. 10. ed. São Paulo: Loyola, 2012.

PINHO NETO, J. S. L.; SALES, F. S. P. Anticoncepção cirúrgica voluntária feminina. In: OLIVEIRA, H. C. *et al.* **Tratado de ginecologia**: FEBRASGO. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. p. 470-475.

PLANEJAMENTO Familiar. **UNFPA Brasil**, 2025. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/planejamento-familiar>. Acesso em: 19 mar. 2025.

PRINE, L.; SHAH, M. Long-acting reversible contraception: difficult insertions and removals. **American Family Physician**, v. 98, n. 5, p. 304-309, 2018.

RANIERI, C. M.; SILVA, R. F. **Atenção farmacêutica no uso de métodos contraceptivos**. 2011. Monografia (Especialização) – Centro Universitário Filadélfia, Londrina, 2011.

RAVINDRAN, T. K. S. Women's health policies: organising for change. **Reproductive Health Matters**, n. 6, p. 7-11, 1995.

RESENDE, A. V. S. **Cartilha de Métodos Contraceptivos**. Brasília: ANVISA, 2019. Disponível em: [https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Cartilha-sobre-M%C3%A9todos-Contraceptivos\\_UBS-1-Planaltina-DF.pdf](https://www.saude.df.gov.br/documents/37101/177964/Cartilha-sobre-M%C3%A9todos-Contraceptivos_UBS-1-Planaltina-DF.pdf). Acesso em: 3 nov. 2024.

ROCHA, M. I. B. **Política demográfica e Parlamento**: debates e decisões sobre o controle da natalidade. Campinas: Núcleo de Estudos de População, 1993.

SANCHES, M. A.; SIMÃO-SILVA, D. P. Planejamento familiar: do que estamos falando? **Revista Bioética**, v. 24, n. 1, p. 73-82, 2016.

SANTOS NETO, E. T. *et al.* Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 107-119, 2008.

SANTOS, E. V.; FRAZÃO, R. C. M. S.; OLIVEIRA, S. C. Sentimento de mulheres em relação ao uso do Método de Ovulação Billings. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 1, p. 11-18, 2017.

SCHMIDT, E. O. *et al.* Adolescent experiences with intrauterine devices: a qualitative study. **Journal of Adolescent Health**, v. 57, n. 4, p. 381-386, 2015.

SGRECCIA, E. **Manual de bioética I**: fundamentos e ética biomédica. 3. ed. São Paulo: Loyola, 2009.

SIERRA, T. Helping patients select long-acting reversible contraceptives. **JAAPA**, v. 32, n. 4, p. 23-27, 2019.

SMITH, R. *et al.* **Family planning saves lives**. 4. ed. Washington: Population Reference Bureau, 2009.

STOEGERER-HECHER, E. *et al.* Amenorrhea and BMI as independent determinants of patient satisfaction in LNG- IUD users: cross-sectional study in a Central European district. **Gynecological Endocrinology**, v. 28, n. 2, p. 119-124, 2012.

TRUSSELL, J. Contraceptive failure in the United States. **Contraception**, v. 83, n. 5, p. 397-404, 2011.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO (UFRRJ). **Métodos contraceptivos**. Rio de Janeiro: CASST, 2021.

VON HERTZEN, H. *et al.* Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. **The Lancet**, v. 360, n. 9348, p. 1803-1810, 2002.

WILSON, M. A. **Controle da natalidade pelo método da ovulação**. São Paulo: Paulinas, 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Family planning/contraception methods. **WHO**, 5 set. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>. Acesso em: 13 nov. 2024.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. **WHO**, 3 fev. 2015. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>. Acesso em: 2 nov. 2024.

WU, J. P.; PICKLE, S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. **Contraception**, v. 89, n. 6, p. 495-503, 2014.

ZUKERMAN, Z.; WEISS, D. B.; ORVIETO, R. Does preejaculatory penile secretion originating from Cowper's gland contain sperm?. **Journal of Assisted Reproduction and Genetics**, v. 20, n. 4, p. 157-159, 2003.