

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE CIÊNCIAS FARMACÊUTICAS
Curso de Graduação em Farmácia-Bioquímica

**MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: UM PANORAMA SOBRE O ACESSO E
UTILIZAÇÃO PELAS MULHERES NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Helena Assako Gatti Murakami

Trabalho de Conclusão do Curso de Farmácia-Bioquímica da Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo.

Orientador(a): Prof.^a Cristina Northfleet de Albuquerque

São Paulo
2021

SUMÁRIO

	Pág.
Lista de Abreviaturas	1
RESUMO	2
1. INTRODUÇÃO	3
2. OBJETIVO	10
3. MATERIAIS E MÉTODOS	10
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	11
4.1. Contraceptivos orais	11
4.2. Contraceptivos injetáveis	19
4.3. Métodos de barreira	24
4.4. Intrauterinos	28
4.5. Esterilização	32
5. CONCLUSÕES	36
6. BIBLIOGRAFIA	38

LISTA DE ABREVIATURAS

ACOG	American College of Obstetricians and Gynecologists
AMPD	acetato de medroxiprogesterona de depósito
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAB	Caderno de Atenção Básica
COC	Contraceptivo oral combinado
DIU	Dispositivo Intrauterino
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FSH	Hormônio Folículo Estimulante
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Vírus Do Condiloma Genital
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LH	Hormônio Luteinizante
NOAS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAUM	Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos Essenciais
SIU-LNG	Sistema Intrauterino Liberador De Levonorgestrel
SUS	Sistema Único de Saúde

RESUMO

MURAKAMI, H. A. G. **Métodos Contraceptivos: Um Panorama Sobre O Acesso E Utilização Pelas Mulheres No Sistema Único De Saúde.** Trabalho de Conclusão de Curso de Farmácia-Bioquímica – Faculdade de Ciências Farmacêuticas – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2021.

Palavras-chave: contraceção; saúde pública; planejamento familiar; métodos contraceptivos.

INTRODUÇÃO: Durante toda a história, os humanos tentaram controlar a sua fertilidade. Entretanto, foi somente em meados do século XX que houve disseminação em massa de métodos contraceptivos seguros e eficazes. Porém, ainda hoje, no Brasil, o quadro de uso dos métodos contraceptivos reflete algumas distorções desde a década de 60. A Pesquisa Nascer no Brasil, de 2014, indica que 55,4% das gestações foram não intencionais, demonstrando uma falha da assistência ao planejamento familiar. **OBJETIVO:** Este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre os métodos contraceptivos e acesso destes no SUS por mulheres que utilizam o sistema. **MATERIAIS E MÉTODOS:** Para a revisão bibliográfica, serão utilizadas bases eletrônicas de dados e a plataforma do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OMS). Para seleção das fontes de relevância para este trabalho foram utilizados os critérios de ano de publicação, relação do assunto com o tema em discussão, disponibilidade do texto na íntegra e idioma da escrita.

RESULTADOS E DISCUSSÃO: A Pesquisa Nacional em Saúde de 2019 revelou que, entre as mulheres de 15 a 49 anos de idade sexualmente ativas nos últimos 12 meses e que ainda menstruavam, 80,5% utilizavam algum método para evitar gravidez. Destas, 22,9% usavam algum método de esterilização (17,3% a laqueadura e 5,6% a vasectomia), 4,4% o DIU, 9,8% a injeção e 40,6% a pílula anticoncepcional, 20,4% a camisinha masculina, 0,6% algum outro método moderno (camisinha feminina, anel, adesivo, etc.) e 1,2% algum método tradicional (tabelinha, coito interrompido, etc.). Apesar dos contraceptivos orais serem muito efetivos, a ocorrência de gravidez não planejada devido a uso incorreto ou inconsistente da pílula possui um impacto significativo na saúde pública, uma vez que são os métodos mais utilizados pelas brasileiras. Barreiras presentes nos serviços de Atenção Básica à Saúde impedem o pleno acesso ao DIU, contribuindo para a baixa frequência de seu uso e sendo um desafio ao pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres. A democratização do acesso às cirurgias de esterilização, somado à baixa variabilidade e baixo acesso dos métodos contraceptivos fornecidos no SUS por mulheres em maior vulnerabilidade, faz com que esse método ainda seja altamente prevalente na população. **CONCLUSÃO:** Para fornecer aconselhamento e métodos contraceptivos adequados à população, é essencial abordar o acesso das mulheres à contracepção e rastrear suas intenções e preferências reprodutivas. O nível básico dos serviços de saúde deve possuir uma logística adequada de programação, aquisição e distribuição de métodos contraceptivos, pois a falta de insumos limita a escolha das usuárias e impõe o uso de determinado método. A variedade de métodos anticoncepcionais ofertados pelo SUS ainda é limitada e seu acesso é irregular, existindo uma distância entre o que está proposto como política e o que é realizado na prática.

1. INTRODUÇÃO

A contracepção é definida como a prevenção intencional da concepção por meio do uso de diversos aparelhos, práticas sexuais, fármacos, substâncias químicas ou procedimentos cirúrgicos (JAIN; MURALIDHAR, 2011).

Durante toda a história, as mulheres tentaram de alguma forma ter controle sobre a sua fertilidade (RACCAH-TEBEKA; PLU-BUREAU, 2020). Os egípcios são reconhecidos por serem a primeira civilização a utilizar métodos de prevenção à gravidez. Eles desenvolveram diversas estratégias contraceptivas, como tampões e pessários vaginais. Os pessários eram feitos a partir de esterco de crocodilo, mel e bicarbonato de sódio. Já os tampões eram embebidos no suco fermentado de acáias (um gênero de plantas) e colocados nas vaginas das mulheres para evitar a gravidez. Também, mulheres utilizavam esponjas vaginais que costumavam ser embebidas em suco de limão ou vinagre para terem ação espermicida (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

Na antiguidade, diversas plantas eram utilizadas para prevenir a gravidez pelas mulheres gregas e, por séculos, as mulheres chinesas costumavam tomar mercúrio a fim de controlar a fertilidade, resultando frequentemente em esterilidade e até mortes (CHRISTIN-MAITRE, 2013). A primeira descrição de um preservativo masculino foi encontrada em um trabalho de Falópio, que tinha, originalmente, a finalidade de proteção contra a sífilis no século XVI (ALONSO, 1995). Eles eram feitos de vísceras de animais, mas, após 1844, com o surgimento do procedimento de vulcanização da borracha, os preservativos masculinos puderam ser produzidos e utilizados em massa (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

Os dispositivos intrauterinos (DIU) têm origem desconhecida, e, desde a antiguidade, relata-se a inserção de objetos nos úteros das mulheres com a intenção de inibir a gravidez. Porém, foi somente em 1962 que foi lançado um dispositivo de maior aceitação para contracepção, chamado alça de Lippes (ALONSO, 1995).

Assim, devido à pouca disponibilidade e opções de métodos contraceptivos, além dos preservativos, os principais métodos para prevenir uma gravidez eram abstinência, coito infrequente, coito interrompido, amamentação e aborto induzido (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

Foi somente no século XX que os métodos contraceptivos avançaram historicamente. Duas mulheres que tiveram grande papel nesse cenário foram as americanas Margaret Sanger e Katharine McCormick, além do cientista Gregory Pincus. Margaret Sanger foi a fundadora do *American Birth Control League* – atual *Planned Parenthood*, e, em um dos seus discursos, declarou “Nenhuma mulher pode se considerar livre até que ela possa, conscientemente, escolher se ela será ou não será mãe” (CHRISTIN-MAITRE, 2013). A pesquisa de Pincus, financiada por Katherine McCormick, mostrou que a ovulação poderia ser inibida por altas doses de progestágenos (RACCAH-TEBEKA; PLU-BUREAU, 2020). E então, em 1960, foi aprovada pelo FDA (do inglês, *Food and Drug Administration*), agência regulatória de medicamentos dos Estados Unidos, o primeiro método contraceptivo oral, a pílula Enovid® (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

Devido a sua fácil utilização e ao senso de empoderamento e liberdade que era transmitido às suas usuárias, a pílula hormonal rapidamente se espalhou durante os anos 60 (SITRUK-WARE; NATH; MISHELL JR., 2013). Desde a sua introdução no mercado, diversos estudos e alterações consideráveis foram realizadas nos contraceptivos orais, principalmente por causa da relação destes a vários efeitos adversos, especialmente no sistema cardiovascular (SITRUK-WARE; NATH; MISHELL JR., 2013).

A partir do surgimento e evolução da pílula, diversos outros métodos, como as injeções e implante hormonal, foram surgindo e se desenvolvendo, uma vez que os estudos de métodos contraceptivos ganharam espaço e visibilidade na metade final do século XX e início do século XXI (RACCAH-TEBEKA; PLU-BUREAU, 2020).

No Brasil, a pílula anticoncepcional começou a ser comercializada em 1962 e, em 1970, 6,8 milhões de cartelas de pílulas anticoncepcionais foram vendidas, subindo este número para 40,9 milhões em 1980. A utilização das pílulas no Brasil foi muito impulsionada por organizações internacionais de controle de natalidade, que enxergavam no Brasil, e na América Latina como um todo, um local de “explosão demográfica”, que, naquela época, era considerado um risco à população mundial (PEDRO, 2003).

Foi somente em 1984, como resultado de grande pressão da luta feminista brasileira, impulsionada pela transição democrática vivenciada pelo país, que o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o conceito que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, o programa possuía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, e englobava a assistência à mulher em diversas situações, como por exemplo, na clínica ginecológica e no planejamento familiar (BRASIL, 2004).

Na Constituição Federal, promulgada em 1988, o planejamento familiar foi considerado como livre decisão do casal, cabendo ao Estado e ao sistema de saúde garantirem o acesso à informação e aos métodos, sendo os direitos sexuais e reprodutivos garantidos para que o casal decida livremente com orientação e acompanhamento dos serviços de saúde (BRASIL, 1988; CARRENO et al., 2006). Em 1994, com a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, intensificou-se o interesse mundial nas políticas e programas reprodutivos. Assim, firmou-se e ampliou-se o conceito de planejamento familiar, principalmente por considerar não só a mulher, mas também por incluir o papel do homem nas questões reprodutivas (CARRENO et al., 2006).

Em 1996, o Congresso Nacional aprovou o projeto de lei que regulamenta o planejamento familiar – a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, sendo estabelecido que as instâncias gestoras do SUS, em todos os seus níveis, estão obrigadas a garantir à mulher, ao homem ou ao casal, em toda a sua rede de serviços, assistência à concepção e contracepção como parte das demais ações que compõem a assistência integral à saúde. Um ponto importante dessa Lei é a incorporação das práticas de laqueadura de trompas e da vasectomia dentro das alternativas de anticoncepção, definindo critérios para sua utilização e punições para os profissionais de saúde que as realizarem de maneira inadequada e/ou insegura (BRASIL, 2002).

Assim, consolida-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o país, por meio da estratégia do Programa Saúde da Família. Estudos realizados para avaliar os estágios de implementação da política de saúde da mulher demonstraram a existência de dificuldades na implantação dessas ações, podendo-se afirmar que a maioria enfrentava ainda dificuldades políticas, técnicas e administrativas. A partir disso, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 2001), ampliando as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, criando mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS. Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino (BRASIL, 2004).

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher (PNDS), realizada em 2006, revela que 73% da população feminina brasileira em idade fértil não possuíam plano de saúde ou convênio médico, sendo, portanto, usuárias do SUS na busca pela resolução de seus problemas de saúde. Ao se analisar a população rural *versus* urbana mais de 90% das mulheres residentes em áreas rurais não tinham plano ou convênio médico. A PNDS constata, também, uma marcada diferença regional de cobertura; enquanto o percentual observado no Centro-Oeste é próximo àquele registrado para a média nacional, no Nordeste e no Norte foram observadas as maiores proporções de população feminina em idade fértil que não possuíam cobertura por planos ou convênios de saúde (87% e 85%, respectivamente). Além disso, à medida que aumentava a escolaridade das mulheres, maior era a proporção daquelas cobertas por planos ou convênios médicos. Diferenciais por cor da pele foram observados: 80% das mulheres negras não possuíam plano de saúde, em contraste com os 64% correspondentes às mulheres brancas. Assim, os dados revelados pela PNDS de 2006 vão ao encontro de estimativas de pesquisas que apontam a disparidade social no acesso e utilização dos planos privados de assistência à saúde acrescentando as discrepâncias raciais (BRASIL, 2009), que refletem na construção da *persona* que depende do SUS para assistência à saúde.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica (CAB) de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva, “a atenção em anticoncepção pressupõe a oferta de informações, de

aconselhamento, de acompanhamento clínico e de um leque de métodos e técnicas anticoncepcionais, cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos(as) e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada". Assim, é fundamental oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham conhecimento e possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida. Os métodos contraceptivos classificados de acordo com o CAB (BRASIL, 2010) estão demonstrados abaixo na Tabela 1.

Os métodos anticoncepcionais reversíveis, adquiridos atualmente pelo Ministério da Saúde para serem oferecidos à rede de serviços do SUS, são (BRASIL, 2010):

1. Pílula combinada (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg);
2. Minipílula (noretisterona 0,35 mg);
3. Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg);
4. Injetável mensal (enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg);
5. Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg);
6. Preservativo masculino;
7. Preservativo feminino;
8. Diafragma;
9. DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre).

Tabela 1: Classificação dos métodos contraceptivos pelo CAB

Temporários (reversíveis)		
Método	Administração	Tipos
a. Hormonais	1. Orais 2. Injetáveis 3. Implantes subcutâneos 4. Percutâneos 5. Vaginais 6. Sistema liberador de levonorgestrel (SIU)	Combinados Monofásicos Bifásicos Trifásicos Minipílulas Mensais Trimestrais Adesivos Comprimidos Anel
b. Barreira	Feminino Masculino	Diafragma Espermaticida Esponjas Capuz cervical Preservativo feminino Preservativo masculino
c. Intrauterinos		Medicados (DIU Cobre; DIU com levonorgestrel) Não medicados
d. Comportamentais ou naturais		Tabela ou calendário (Ogino-Knaus) Curva térmica basal ou de temperatura Sintotérmico Billings (mucocervical) Coito interrompido
e. Duchas vaginais		
Definitivos (esterilização)		
Público	Procedimento	
Feminino	Ligadura tubária	
Masculino	Vasectomia	

Vale ressaltar que, para complementar o que é fornecido pelo Ministério da Saúde, algumas secretarias estaduais e municipais de saúde também fazem aquisições de métodos anticoncepcionais (BRASIL, 2010) e que também são realizadas cirurgias de esterilização, tanto masculina como feminina, pelo SUS.

Analizando a prevalência dos métodos contraceptivos, de acordo com o CAB, baseado na PNDS 2006, entre as mulheres que regulam a fecundidade, a maioria utiliza métodos anticoncepcionais modernos, sendo 29% das mulheres atualmente unidas (casadas ou não) estão esterilizadas, 21% utilizam pílulas, 6% recorrem à camisinha masculina, 5% têm o companheiro vasectomizado e apenas 3% usam métodos tradicionais (como tabela/abstinência periódica e coito interrompido). No que diz respeito às fontes de obtenção desses métodos, verifica-se que as farmácias continuam sendo a fonte mais importante de obtenção dos métodos hormonais (pílulas e injeções) e do preservativo. Enquanto os serviços de saúde do SUS são os grandes responsáveis pelo provimento da esterilização e do DIU de cobre (BRASIL, 2010). A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS), realizada em 2019, revela que no estudo, considerando as mulheres de 15 a 49 anos de idade sexualmente ativas nos últimos 12 meses e que ainda menstruavam, 80,5% fizeram uso de algum método para evitar gravidez. Destas, 22,9% usavam algum método de esterilização (17,3% a laqueadura e 5,6% a vasectomia), 4,4% o DIU, 9,8% a injeção e 40,6% a pílula anticoncepcional, 20,4% a camisinha masculina, 0,6% algum outro método moderno (camisinha feminina, anel, adesivo, etc.) e 1,2% algum método tradicional (tabelinha, coito interrompido, etc.) (IBGE, 2021b).

Comparativamente, a prevalência brasileira de uso de métodos anticoncepcionais é semelhante a outros países. Todavia, a disseminação desses métodos no Brasil apresenta características peculiares. Conforme constatado acima, essa disseminação ocorreu sem que houvesse no país o estabelecimento de uma política de planejamento familiar que fornecesse informação e acesso a uma ampla gama de alternativas anticoncepcionais. (BRASIL, 2009).

Ainda hoje, o quadro de uso dos métodos contraceptivos reflete algumas distorções no país desde a década de 60, quando a oferta foi iniciada pelas entidades privadas de controle da natalidade, tendo como métodos quase exclusivos a pílula e a

laqueadura de trompas (BRASIL, 2002). É importante pontuar que a Pesquisa Nascer no Brasil, de 2014, indica que 55,4% das gestações foram não intencionais (TRINDADE et al., 2021). De acordo com Silva e Rocha (2016), a assistência ao planejamento familiar tem passado por descontinuidades ao longo dos anos, levando-se em conta aspectos culturais e socioeconômicos. Além disso, a variedade de métodos anticoncepcionais é limitada e sua provisão é irregular, percebendo-se, assim, uma distância entre o que está proposto como política e o que é realizado na prática (SILVA; ROCHA, 2016).

2. OBJETIVO

Este trabalho tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico sobre os métodos contraceptivos no SUS e, assim, endossar a discussão sobre acesso a esses métodos por mulheres que utilizam o sistema e disponibilidade e variedade destes no SUS.

3. MATERIAIS E MÉTODOS

Para a revisão bibliográfica, serão utilizadas bases eletrônicas de dados como *PubMed*, *Portal de Periódicos Capes*, *Google Scholar*, *Scielo*, *Elsevier* e *Journal of Social Sciences* e a plataforma do Ministério da Saúde e da Organização Mundial de Saúde (OMS). A pesquisa será realizada utilizando as palavras-chaves, em português e inglês: métodos contraceptivos, métodos contraceptivos + história, métodos contraceptivos + Brasil, padrão de uso + métodos contraceptivos, planejamento familiar, planejamento familiar + Brasil, contracepção, anticoncepção, saúde reprodutiva, saúde sexual, contraceptivos orais, contraceptivos injetáveis, preservativos, métodos de barreira, dispositivos intrauterinos e esterilização, sendo excluídos artigos que não estejam relacionados ao uso de métodos contraceptivos por mulheres.

Para identificação e seleção das fontes de relevância para este trabalho foram utilizados os critérios de ano de publicação, dando preferência para as mais recentes, relação do assunto com o tema em discussão, disponibilidade do texto na íntegra e idioma da escrita (inglês e português). Posteriormente as informações foram agrupadas por subtemas para facilitar a consulta, desenvolvimento do texto e referenciamento.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

O método contraceptivo adequado para uma mulher varia conforme sua idade, paridade, preferência de número de filhos, estado civil, genética, entre diversos outros fatores. Assim, para garantir que a mulher possua um poder de escolha livre e consciente acerca do seu método contraceptivo, faz-se necessário o oferecimento de informações e da maior variedade possível de métodos seguros e eficazes para seu planejamento familiar. Entretanto, a maioria dos países em desenvolvimento não oferece uma grande variedade de métodos contraceptivos, o que pode resultar em menor prevalência de contracepção na população, uma vez que a mulher ou o casal não encontra um método que melhor se encaixe em seu contexto (ROSS et al., 2002).

No Brasil, são ofertados onze métodos contraceptivos nas redes de serviços do SUS, que também são vendidos a preços reduzidos na rede “Farmácia Popular” (BRASIL, 2004). Esses métodos podem ser classificados em cinco categorias, sendo elas contraceptivos orais, injetáveis, métodos de barreira, intrauterinos e esterilização.

4.1 Contraceptivos Orais

O desenvolvimento dos contraceptivos orais hormonais tem sido reconhecido como uma das maiores conquistas de saúde pública do século XXI e, desde 1960, é utilizado globalmente por milhões de mulheres para prevenir a gravidez não planejada e as suas possíveis consequências negativas, como aborto não seguro e mortalidade maternal (DRAGOMAN, 2014).

Os hormônios sexuais orais indicados para contracepção que constam na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENOME) 2020 são (BRASIL, 2019):

- etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg (pílula combinada);

- noretisterona 0,35 mg (minipílula);
- levonorgestrel 0,75 mg (pílula anticoncepcional de emergência).

Os contraceptivos orais combinados (COCs), popularmente conhecidos como pílulas combinadas, contêm estrógenos e progestógenos sintéticos que previnem a gravidez principalmente por inibirem a ovulação (DANDO; CURRAN, 2005). Essa inibição ocorre por meio da utilização correta e consistente dos COCs, que interrompe o funcionamento fisiológico do eixo hipotálamo-hipófise-gonadal ao suprimirem a secreção do hormônio luteinizante (LH) e o hormônio folículo estimulante (FSH), devido ao *feedback* negativo exercido no eixo pelos estrógenos e progestógenos sintéticos em alta concentração sanguínea (DRAGOMAN, 2014). O efeito dos COCs na secreção do FSH e LH é imediata, já havendo uma diminuição nos níveis sanguíneos desde o primeiro dia de administração. Entretanto, vale ressaltar que pelo menos 7 dias de uso ininterrupto são necessários para suprimir o desenvolvimento folicular (RIVERA; YACOBSON; GRIMES, 1999). O uso perfeito do COC está associado a uma taxa de falha de 0,3%, enquanto o uso típico (esquecimento de 1 ou mais pílulas durante o ciclo, interações medicamentosas que diminuem a eficácia contraceptiva, vômitos e diarreias logo após a tomada da pílula etc.) possui uma taxa de 9% de falha (DRAGOMAN, 2014).

Além da inibição da ovulação, a exposição aos progestógenos sintéticos está relacionada, também, com atrofia endometrial, espessamento e aumento da viscosidade do muco cervical e diminuição da motilidade tubária, complementando na prevenção da gravidez. O componente estrógeno atua, também, na estabilização do endométrio, minimizando o sangramento durante o ciclo, além de potencializar a ação dos progestógenos, permitindo doses menores com mesmo efeito contraceptivo (DRAGOMAN, 2014). É importante destacar que as particularidades individuais e étnicas afetam os efeitos biológicos e metabolismo dos progestógenos e estrógenos sintéticos, o que pode influenciar na contracepção e nos outros efeitos (RIVERA; YACOBSON; GRIMES, 1999).

Os contraceptivos orais são absorvidos no intestino e metabolizados no fígado, iniciando o circuito entero-hepático (BRANDT; OLIVEIRA; BURCI, 2018). Assim, os contraceptivos orais estão sujeitos a sofrerem interações medicamentosas, podendo

diminuir o efeito contraceptivo e levar a uma gravidez indesejada. O caso mais comum de interação medicamentosa com contraceptivos orais é com antibióticos, uma vez que esses alteram a microbiota intestinal, podendo diminuir a absorção do contraceptivo, e, também, em alguns casos como a rifampicina, induzir o sistema microssomal hepático, intensificando o metabolismo dos anticoncepcionais, diminuindo o efeito contraceptivo. Além dos antibióticos, outros medicamentos apresentam interação medicamentosa como antifúngicos (griseofulvina), anticonvulsivantes (barbituricos, difenil-hidantoína, primidona e carbamazepina), assim como também alguns fitoterápicos, como a Erva de São João (*Hypericum perforatum L.*), e alguns alimentos e bebidas (SILVA; ROCHA, 2016). É importante ressaltar que, como os contraceptivos orais são absorvidos no intestino, distúrbios gastrointestinais, como diarreias e vômitos, após a tomada da pílula interferem na absorção dos contraceptivos orais, diminuindo a sua eficácia contraceptiva (BRANDT; OLIVEIRA; BURCI, 2018).

Atualmente, na grande maioria dos COCs disponíveis e comercializados, o componente estrógeno presente é o etinilestradiol ou o 17 α estradiol (CHRISTIN-MAITRE, 2013). Devido ao descobrimento da associação dose-dependente entre estrógenos presentes nos COCs e tromboembolismo, houve uma diminuição progressiva nas doses desse componente (DRAGOMAN, 2014). Nos anos 70, a dose de etinilestradiol diminuiu de 50 para 30–35 μ g, e assim continuou diminuindo, até obter-se formulações contendo 20 e 15 μ g. Pílulas contendo 30 μ g de etinilestradiol ou menos são chamadas de pílulas de baixa dose. Diversas pesquisas foram feitas para utilizar o estrógeno natural 17 β estradiol em COCs, porém sem sucesso. Entretanto, atualmente existem novas formulações contendo estrógenos, como o valerato de estradiol, que, após metabolização, obtém-se o estrógeno natural (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

Os progestógenos são classificados de acordo com a sua molécula de origem, o que influencia na ligação com receptores, que pode ocorrer com receptores de progesterona, mas também com receptores andrógenos, de glicocorticoides e de mineralocorticoides (CHRISTIN-MAITRE, 2013). Progestógenos derivados da testosterona, considerados de primeira-geração, como por exemplo a noretindrona e levonorgestrel, são tipicamente associados com maiores efeitos adversos

androgênicos, incluindo acne, aumento da oleosidade da pele, crescimento excessivo de pelos e alteração no metabolismo de carboidratos e lipídeos. Os novos progestógenos, derivados da progesterona e da espironolactona, por exemplo o acetato de ciproterona e drospirenona, foram desenhados para ter maior seletividade na ligação com receptores de progesterona, minimizando os efeitos adversos advindos da ligação com receptores androgênicos, estrogênicos e de glicocorticoides. Alguns progestógenos, como a drospirenona e o dienogeste, possuem parcial efeito antiandrogênico (DRAGOMAN, 2014).

Ao combinar progestógenos e estrógenos, pode-se classificar os COCs em gerações, sendo: 1º geração os COCs em que estrógenos estão presentes em concentrações maiores ou iguais a 50µg; 2º geração correspondem aos produtos que contem concentração estrogênica menor ou igual a 35µg e progestógenos como ciproterona e levonorgestrel; 3º geração contem progestógenos de menor efeito androgênico, como gestodeno, desogestrel com 15, 20 ou 30µg de etinilestradiol; 4ª geração são os produtos contendo drospirenona com 30µg de etinilestradiol. Entretanto, essa classificação não é consensual na literatura e não representa classificação sistemática para a classe (VITOR, 2013; SOUZA, 2017). Atualmente, sabe-se que levonorgestrel combinado com etinilestradiol em uma proporção 5:1 fornece boa eficácia contraceptiva com perfil de segurança aceitável (DANDO; CURRAN, 2005).

Além da classificação por geração, os COCs são categorizados em monofásicos ou multifásicos (bifásico, trifásico ou quadrifásico), dependendo das dosagens dos hormônios em cada comprimido, em cada ciclo (CHRISTIN-MAITRE, 2013). As pílulas monofásicas possuem a mesma quantidade de hormônio em todos os comprimidos da cartela, enquanto as multifásicas variam a proporção dos hormônios em cada comprimido ao longo do ciclo (BRASIL, 2010). A grande maioria dos COCs possui um ciclo de 28 dias, sendo o regime padrão de 21 dias com pílulas ativas e 7 dias de intervalo, para induzir sangramento por privação de hormônio, similar ao sangramento menstrual, de forma a assegurar às mulheres que elas não estão grávidas, apesar do sangramento mensal não ser necessário para contracepção efetiva ou questões de segurança. Existem regimes com menor intervalo, como o de 24 pílulas ativas e 4 dias

de intervalo, uma vez que, com o surgimento das pílulas com menores doses de hormônios – e, portanto, menor inibição das gonadotropinas, estudos observaram que o intervalo de 7 dias poderia reduzir a eficácia do contraceptivo devido a presença do crescimento folicular, podendo ser seguir pela ovulação (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

Além de prevenir a gravidez – e de evitar as consequências negativas de uma gravidez não planejada, como aborto não seguro e mortalidade materna –, os benefícios do uso contínuo de COCs podem se estender para melhor controle do ciclo menstrual, diminuição dos sintomas menstruais e do volume de sangramento, melhora na acne e no hirsutismo e prevenção do câncer de ovário, endométrio e colorretal. Todavia, os riscos associados ao uso de COCs devem ser considerados na escolha do método contraceptivo. Algumas mulheres podem sentir efeitos devido à exposição hormonal, como dores de cabeça, náusea, tontura e redução da libido. Porém, tais sintomas ocorrem menos com COCs de baixa dose e se resolvem conforme o tempo de uso da pílula. Outro sintoma comumente associado ao uso de COCs é o ganho de peso, que muitas vezes é motivo de descontinuação do método, apesar de não ter associação causal estabelecida (DRAGOMAN, 2014).

Tromboembolismo venoso é a complicaçāo mais grave associada à utilização de COCs, e seu risco está relacionado ao componente estrógeno (DE LEO et al., 2016). COCs e defeitos trombolíticos hereditários (por exemplo, mutação no fator V Leiden, deficiência de proteína C, entre outros) interagem sinergicamente para aumentar o risco de trombose venosa (BASTOS et al., 2014). O risco de tromboembolismo venoso é maior durante os 3 meses de uso, e há diversos fatores que podem aumentar o risco de trombose por si só, como o tabagismo, que devem ser considerados na prescrição do contraceptivo (DE LEO et al., 2016). Além do estrógeno, os progestógenos também foram associados a um risco aumentado de trombose venosa, sendo que os progestógenos de terceira-geração, como o desogestrel, possuem um risco levemente maior comparados com progestógenos mais antigos, como o levonorgestrel, sendo esse o progestógeno com menor risco à trombose venosa (BASTOS et al., 2014). Além do tromboembolismo venoso, outra complicaçāo grave relacionada aos COCs é o risco aumentado de acidente vascular cerebral (AVC). Entretanto, de acordo com Carlton, Banks e Sundararajan (2018), as pílulas combinadas de baixa dose de estrógenos

possuem menor risco de AVC comparado com as formulações antigas e o risco de AVC isquêmico em pacientes utilizando COCs é potencializado caso a paciente possua fatores de risco adicionais para AVC, como tabagismo, hipertensão, e enxaqueca com aura, que atualmente constam na lista de contraindicações dos COCs. Deve-se mencionar, também, que o risco de AVC isquêmico devido ao uso de contraceptivos orais é menor que o risco de AVC associado à gravidez (CARLTON; BANKS; SUNDARARAJAN, 2018).

Como alternativa aos COCs, existem as pílulas contendo somente progestógenos em baixa dose, conhecidas popularmente como “minipílulas”, uma vez que não contêm estrógenos. Existem no mercado desde 1973 e, atualmente, são indicadas para mulheres com contraindicações ao uso do estrógeno e para mulheres lactantes. A eficácia da minipílula, no geral, é menor que dos COCs, assim como sua tolerância, uma vez que as minipílulas podem resultar em sangramento irregular, como *spotting* (manchas), acnes, e cistos ovarianos (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

O mecanismo de ação das minipílulas é por meio de uma combinação de fatores. Uma vez que a dose de progestógenos na minipílula é muito menor comparado aos COCs, as minipílulas não previnem a ovulação de forma consistente. Assim, a resposta ovariana à minipílula varia muito entre cada mulher, sendo que aproximadamente 40% das mulheres que utilizam minipílula ovulam. Dessa forma, outro importante mecanismo de ação da minipílula envolve a alteração do muco cervical, tornando-o hostil ao esperma, resultando em pouca ou nenhuma penetração do esperma e, caso ocorra penetração, a mobilidade do esperma é reduzida, sendo improvável a fecundação (CHRISTIN-MAITRE, 2013).

As minipílulas são vastamente recomendadas para mulheres amamentando, pois, durante a amamentação, a função ovariana é largamente suprimida, diminuindo a chance de ovulação e tornando o muco cervical hostil ao esperma. Assim, os efeitos da amamentação no ciclo menstrual são potencializados pelo mecanismo de ação da minipílula, aumentando a eficácia contraceptiva desta em mulheres lactantes (RIVERA; YACOBSON; GRIMES, 1999; BRASIL, 2010).

Além das minipílulas, existem também os contraceptivos de emergência, popularmente conhecidos como pílula do dia seguinte, que são contraceptivos

contendo somente levonorgestrel. Os contraceptivos de emergência possuem 0,75mg de levonorgestrel por comprimido e podem ser ingeridos em qualquer momento do ciclo menstrual para reduzir o risco de gravidez pós relações sexuais desprotegidas. O regime consiste em 2 doses, administrada com 12 horas de diferença, em até 72 horas após a relação sexual. O mecanismo de ação do contraceptivo de emergência ainda não foi totalmente elucidado. Diversos estudos apontam que os mecanismos que previnem a gravidez podem variar de acordo com o dia do ciclo menstrual em que a pílula é ingerida. A ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) sugere que o efeito contraceptivo dos contraceptivos de emergência pode envolver a inibição da ovulação, fecundação, ou dos passos posteriores à fecundação, como a implantação. Todavia, é importante ressaltar que uma vez que a implantação do óvulo fecundado ocorre no útero, o contraceptivo de emergência não possui mais efeito e a gravidez acontece normalmente (RIVERA; YACOBSON; GRIMES, 1999).

A PNDS-2006 revela que, entre as mulheres unidas de 15 a 44 anos, 22,1% utilizavam um contraceptivo oral como método contraceptivo, sendo a farmácia a principal fonte de obtenção da pílula. De acordo com a PNDS-2006, a parcela de mulheres que procuraram o SUS para obter a pílula ainda foi relativamente pequena, e elas nem sempre conseguiram obter o medicamento pela rede pública (BRASIL, 2009). Em 2014, a Pesquisa Nacional sobre Acesso, Utilização e Promoção do Uso Racional de Medicamentos (PNAUM) mostrou uma prevalência de 28,2% de uso de contraceptivos orais por mulheres em idade fértil, excluídas gestantes, sendo a maioria usuárias de contraceptivo oral combinado monofásico, representando 73,9% do total dos contraceptivos identificados. A utilização dos principais contraceptivos orais, de acordo com a PNAUM, está demonstrada na Tabela 2. Entre os sete contraceptivos orais mais citados na PNAUM, somente o levonorgestrel + etinilestradiol e a noretisterona fazem parte da RENAME, constituindo parte do elenco de contraceptivos distribuídos pelo SUS e também compõem o elenco da Farmácia Popular (rede própria e/ou Aqui tem Farmácia Popular) podendo ser obtido a baixo custo. Os demais contraceptivos podem ser encontrados na forma genérica (BRASIL, 2016).

Tabela 2: Principais contraceptivos orais utilizados por mulheres em idade fértil, excluídas gestantes.

Contraceptivo Oral	Classificação	%
Levonorgestrel + Ethinodiol	COC	44,2
Gestodeno + Ethinodiol	COC	11,5
Ciproterona + Ethinodiol	COC	9,5
Drospirenona + Ethinodiol	COC	5,4
Desogestrel	COI	3,6
Desogestrel + Ethinodiol	COC	3,3
Noretisterona	COI	1,8

COC = contraceptivo oral combinado, COI= contraceptivo oral com progestágeno isolado.

FONTE: adaptada de Brasil (2016).

Um estudo feito por Farias et al. (2016) investigou o uso declarado de contraceptivos orais e injetáveis em mulheres não grávidas, entre 15 e 49 anos de idade, sexualmente ativas ou não, baseado nos dados da PNAUM. O estudo constatou que a maioria das mulheres referiu usar o contraceptivo por indicação médica e a prevalência de contraceptivos orais foi maior no Sul (37,5%) e menor no Norte (15,7%). A prevalência total de uso de contraceptivo oral foi superior ao valor global para a América Latina e Caribe (24,0%) e semelhante à América do Sul (29,0%), a países europeus (30,0%) e aos EUA (28,0%). Em relação aos locais de obtenção, os autores relataram que as farmácias comerciais continuam sendo o principal local de aquisição dos contraceptivos, como o Programa Farmácia Popular do Brasil, implementado em 2004 com uma rede própria de farmácias e ampliado em 2006 para a rede varejista, denominada “Aqui Tem Farmácia Popular”. A Farmácia Popular tem sido relatada em alguns estudos como alternativa de obtenção de medicamentos, especialmente quando há descontinuidade no suprimento destes nas farmácias da rede pública. Já a principal fonte de obtenção gratuita, de acordo com o estudo, foi o SUS, porém 10,4% das usuárias que não pagaram pelo contraceptivo oral citaram usar amostras grátis. É importante ressaltar que, no Brasil, as amostras grátis de contraceptivos devem conter 100% da quantidade da apresentação registrada na Anvisa, equivalente a um mês de

tratamento. Contudo, isso não garante acesso e efetividade. Os autores ainda concluem que a maioria das usuárias que pagaram pelo contraceptivo oral não tentou obter pelo SUS, sugerindo que o conceito de universalidade do sistema não está apropriado pela população. Além disso, é importante destacar o número de usuárias que pagou pelo contraceptivo, mas que tentou obter no SUS (17,5%, que correspondem cerca de 1,4 milhão de mulheres), pois representa necessidade não atendida pelo serviço público (FARIAS et al., 2016).

Enquanto os contraceptivos orais são muito efetivos, a ocorrência de gravidez não planejada devido a uso incorreto ou inconsistente da pílula ou por uma falha rara do método possui um impacto significativo na saúde pública. As mulheres devem sempre ser aconselhadas sobre os riscos reais de gravidez não planejada, principalmente quando existem outros métodos contraceptivos que oferecem mais eficácia. Assim, cada mulher deve ser provida de informações sobre todos os métodos disponíveis, para garantir uma escolha justa e segura e, caso ela escolha algum contraceptivo oral, deve haver constante orientação sobre seu uso e segurança (DRAGOMAN, 2014).

4.2 Contraceptivos Injetáveis

Os contraceptivos injetáveis foram desenvolvidos poucos anos após o surgimento dos contraceptivos orais, trazendo a vantagem de eficácia contraceptiva sem necessidade de ingestão diária de pílula (CHRISTIN-MAITRE, 2013). O uso dos contraceptivos injetáveis revela uma aderência da usuária que não se adapta ao contraceptivo oral, seja pelo esquecimento ou desconforto gastrointestinal causado pela pílula. Ademais, esse método tem como vantagem a ausência do efeito de primeira passagem no fígado, e se apresenta com duas formulações diferentes: os injetáveis combinados (mensais) e os injetáveis só de progestógenos (trimestrais) (BRANDT; OLIVEIRA; BURCI, 2018).

Na RENAME, constam os seguintes contraceptivos injetáveis (BRASIL, 2019):

- enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg (injetável mensal);
- acetato de medroxiprogesterona 150 mg (injetável trimestral);

O mais contraceptivo injetável mais comercializado no Brasil é o acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), que é um progestógeno de longa ação, administrado trimestralmente. Assim como ocorre com os contraceptivos orais combinados, o principal mecanismo de ação do AMPD é interromper a ovulação ao interferir no eixo hipotálamo-hipófise-gonadal, uma vez que previne o aumento de LH no meio do ciclo menstrual. O AMPD também altera o muco cervical, impedindo a penetração do espermatozoide, e diminui a proliferação do endométrio, tornando-o fino e atrofiado (RIVERA; YACOBSON; GRIMES, 1999).

O contraceptivo injetável trimestral tem administração intramuscular profunda, constituído de micro cristais suspensos de liberação lenta que ficam depositados no músculo. É liberado acetato de medroxiprogesterona em concentrações que permanecem acima do alvo terapêutico (> 0.1 ng/mL), necessárias para inibir a ovulação por até 12 semanas. Assim, a injeção é administrada de três em três meses com tolerância de duas semanas antes ou depois do período estipulado. O contraceptivo injetável trimestral é considerado altamente eficaz, com taxas de gravidez de 0,0 a 0,7 a cada 100 mulheres por ano (BRANDT; OLIVEIRA; BURCI, 2018). Entretanto, é importante atentar-se às interações medicamentosas, uma vez que o acetato de medroxiprogesterona é metabolizado no fígado, pelo citocromo P450 (CYP 3A4), assim com diversos outros medicamentos, como para HIV e tuberculose (FRANCIS et al., 2021). O retorno à fertilidade, contudo, não é imediato, podendo levar até 4 meses após fim dos efeitos (ou seja, 7 meses após a última injeção), de acordo com estudos.

Assim, a injeção trimestral é uma excelente opção para mulheres que não se adaptam à ingestão diária da pílula, possuem contraindicação ao uso de estrogênio, desejam cessar o fluxo menstrual e adolescentes (PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015).

As contraindicações para o contraceptivo injetável trimestral são semelhantes à dos contraceptivos orais somente com progestógenos, como hipertensão grave e diabetes por mais de 20 anos, diferindo na contraindicação referente à amamentação e ao uso em menos de 6 meses após o parto (SRP; CPC, 2007). Os efeitos adversos incluem sangramentos irregulares e persistentes nos primeiros meses, ganho de peso, dor

abdominal, cefaleia, mudança de humor e diminuição do desejo sexual. O aumento do peso em algumas usuárias do injetável trimestral é o motivo de descontinuação do uso do método em aproximadamente 5% das mulheres. Existem relatos de diminuição da densidade mineral óssea pelo emprego do AMPD, devido à redução nos níveis de estradiol, o que poderia levar à osteopenia e ao aumento de fraturas a longo prazo, principalmente após a menopausa. Porém, este fator não deve impedir a prescrição do injetável trimestral, pois o benefício suplanta o improvável risco de (VISCOLA, 2007; PANISSET; GIORDANO; GIORDANO, 2015). Existem, também, suspeitas relacionadas ao uso de AMPD e o aumento da suscetibilidade de infecção por HIV-1, uma vez que a progesterona e o estrógeno regulam inúmeros mecanismos imunológicos que exercem um efeito na infecção retroviral, como por exemplo mudanças na estrutura epitelial da vagina e modificações na regulação das citocinas (BENAGIANO; GABELNICK; BROSENS, 2015). Entretanto, estudos recentes demonstram que não há material suficiente para afirmar o aumento do risco de infecção por HIV-1 em usuárias de AMPD, em relação a usuárias de outros métodos de longa contracepção. Todavia, é importante que mulheres que utilizem esse método sejam informadas sobre essa incerteza e sejam encorajadas a utilizarem, também, a camisinha para proteção da infecção por HIV-1 (CURTIS et al., 2020).

Em relação aos benefícios não relacionados à contracepção, o AMPD diminui a incidência de gravidez ectópica, câncer de endométrio, doença inflamatória pélvica, mioma uterino e ajuda a prevenir câncer de ovário e cistos de ovário. A injeção trimestral pode ajudar a diminuir a frequência de crises de falcização, em portadoras de anemia falciforme, por promover estabilização da membrana das hemárias, e é indicado para mulheres portadoras de epilepsia por ajudar a diminuir a frequência de crises convulsivas (BRASIL, 2010).

Os injetáveis mensais combinados são compostos por um éster de um estrogênio natural, o estradiol, e um progestógeno sintético, diferentemente dos anticoncepcionais orais combinados, nos quais ambos os hormônios são sintéticos. São administrados via intramuscular a cada 30 dias e previnem a gravidez por inibirem a ovulação, tornarem o muco cervical espesso, impedindo a passagem dos espermatozoides e, também, provocando alterações no endométrio. As injeções mensais são muito eficazes, com

uma taxa de falha de 0,1% a 0,3%, durante o primeiro ano de uso. Em relação ao retorno da fertilidade, pode ser considerada rápida quando comparada com o injetável trimestral, levando, em média, de 60 a 90 dias após a última injeção para a ovulação. Apresentam como vantagem, também, a diminuição da frequência e intensidade das cólicas menstruais e o padrão menstrual altera-se menos do que com os injetáveis trimestrais (BRASIL, 2010; BRANDT; OLIVEIRA; BURCI, 2018).

Os efeitos colaterais relatados com as injeções mensais incluem alteração no padrão de menstruação, ganho de peso, dores de cabeça e tontura. Ainda existem poucos estudos sobre os injetáveis mensais a longo prazo. Entretanto, os pesquisadores acreditam que os achados sobre os COCs se aplicam para os injetáveis mensais, uma vez que ambos os métodos são compostos por estrogênios e progestógenos, com a possibilidade de existirem menos riscos associados ao estrogênio, já que são compostos por estrogênios naturais. Alguns estudos de curto prazo demonstraram que os injetáveis mensais têm menos efeito que os COCs sobre a pressão arterial, coágulos sanguíneos, metabolismo dos lipídeos e função hepática. Ainda são necessários estudos de longo prazo sobre os riscos e benefícios à saúde dos injetáveis mensais. As injeções mensais possuem contraindicações também semelhantes aos COCs, como amamentação nos primeiros 6 meses pós-parto, idade maior que 35 anos, tabagismo, hipertensão, doenças cardiovasculares, enxaqueca com ou sem sinais neurológicos focais, doenças hepáticas, diabetes com mais de 20 anos de duração (SRP; CPC, 2007).

De acordo com a PNDS-2006, a prevalência da injeção contraceptiva foi de 3,5%, com um aumento para 4,5% de acordo com a PNAUM, realizada em 2014. Entretanto, a prevalência de uso encontrada ainda é inferior à descrita para a América do Sul (9%) (BRASIL, 2016; BRASIL, 2009). A distribuição dos tipos de contraceptivos injetáveis mais citados na PNAUM estão demonstrados na Tabela 3. Constam na RENAME o contraceptivo injetável enantato de noretisterona + valerato de estradiol, de administração mensal, e acetato de medroxiprogesterona, trimestral, sendo disponibilizados na Atenção Básica, e fazem parte do Programa Farmácia Popular, podendo ser obtidos a baixo custo (BRASIL, 2016).

Tabela 3: Principais contraceptivos injetáveis utilizados por mulheres em idade fértil, excluídas gestantes.

Contraceptivo Injetável	Classificação	%
Algestona + Estradiol	CIM	5,4
Noretisterona + Estradiol	CIM	4,8
Medroxiprogesterona	CIT	3,5

CIM= contraceptivo injetável mensal; CIT= contraceptivo injetável trimestral.

FONTE: adaptada de Brasil (2016).

Farias et al. (2016) realizou um estudo com base nos resultados da PNAUM para analisar a utilização e acesso de contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. Foi demonstrado, em relação à indicação de uso, todas as usuárias de contraceptivos injetáveis referiram indicação médica e, para a prevalência de uso, não houve diferença estatisticamente significativa entre as regiões. Todavia, em relação ao financiamento e acesso, houve diferenças regionais marcantes. Enquanto a maioria das usuárias do Norte pagou pelo medicamento (87,7%), no Sul a maioria obteve gratuitamente (62,5%). Por outro lado, o acesso foi significativamente menor no Nordeste e no Sul, não tendo influência das classes socioeconômicas. Assim, as diferenças podem estar relacionadas ao perfil de prescrição médica ou à organização dos serviços de saúde, o que não foi investigado no estudo. No geral, a farmácia comercial foi o principal local para aquisição dos contraceptivos pagos. A Farmácia Popular representou um local importante para a aquisição de contraceptivos injetáveis (12,7%), e o SUS foi a principal referência para a obtenção de contraceptivos não pagos (96,0%). As usuárias de contraceptivos injetáveis que referiram ter tentado obter o medicamento no SUS representaram 17,0% das usuárias que pagaram pelo contraceptivo (FARIAS et al., 2016).

4.3 Métodos de barreira

Os métodos de barreira são aqueles que utilizam produtos ou instrumentos que impedem a passagem dos espermatozoides do canal vaginal ao útero. É a forma mais antiga de prevenção de uma gravidez e que ainda se mantém amplamente utilizada até os dias de hoje (LUPIÃO; OKAZAKI, 2011).

Os métodos de barreira que constam na RENAME 2020 são (BRASIL, 2019):

- Preservativo masculino;
- Preservativo feminino;
- Diafragma;

O preservativo masculino, ou usualmente é conhecido como camisinha masculina, é o método contraceptivo mais popular e mais barato. Geralmente feito de látex, é o método mais utilizado para prevenir a gravidez e proteger de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), como HIV, quando utilizado corretamente (COLQUITT; MARTIN, 2015). Consiste em um envoltório de látex, bem fino, porém resistente e impermeável, que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma da ejaculação, impedindo o contato com a vagina, assim como impede que os microorganismos da vagina entrem em contato com o pênis e vice-versa (BRASIL, 2010).

Existem outros tipos de preservativos masculinos além dos produzidos a partir do látex, como de poliuretano ou silicone, porém, no SUS, são somente distribuídos os preservativos de látex, que podem ser encontrados em qualquer serviço público de saúde ou pelo Disque Saúde (136), de acordo com o Ministério da Saúde (DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS, [s.d.]).

A eficácia deste método depende do seu uso de forma correta, motivação do casal, experiência com o método, qualidade do produto e armazenamento adequado por parte do usuário. Quando usado da forma mais comum, habitual, tem eficácia média para contracepção, com taxa de gravidez de 14%. Tem maior eficácia para prevenir a gravidez quando usado corretamente, em todas as relações sexuais, com taxa de falha de 3%. Tem como desvantagens sua manipulação durante o ato sexual e risco de ruptura se utilizado de maneira inadequada, porém, o único efeito colateral que

pode apresentar é a reação alérgica ao látex (LUPIÃO; OKAZAKI, 2011; BRASIL, 2010).

Com relação às ISTs, os preservativos masculinos, assim como os femininos, são os únicos métodos que oferecem proteção contra o HIV, gonorreia, sífilis, clamídia e tricomoníase, com menor proteção contra o herpes genital, vírus do condiloma genital (HPV) e outras doenças que causam ulcerações na pele desprotegida (BRASIL, 2010).

O preservativo feminino consiste em um cilindro fino e macio de poliuretano, descartável, que se encaixa no canal vaginal. Possui dois anéis flexíveis, um na extremidade fechada, que é inserida na vagina, encaixando-se no colo do útero, e outro na extremidade aberta, que fica fora do canal vaginal, adaptando-se externamente à vulva, servindo de fixação e recobrindo os lábios vaginais, impedindo, assim, que o dispositivo entre na vagina (COLQUITT; MARTIN, 2015; BRASIL, 2010). Quando adequadamente posicionado, recobre a cérvix uterina, paredes vaginais e parte da vulva, é mais resistente e durável que o preservativo masculino, conferindo proteção mais efetiva contra as ISTs que o preservativo masculino, por oferecer uma cobertura maior durante a relação sexual (LUPIÃO; OKAZAKI, 2011). Quando utilizada de forma típica, a taxa de gravidez é de 21 para cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (21%). Se utilizada corretamente, em todas as relações sexuais, a taxa de gravidez é de 5 em cada 100 mulheres no primeiro ano de uso (5%) (BRASIL, 2010).

A camisinha feminina tem como vantagem a possibilidade de ser inserida na vagina em até 8 horas antes da relação sexual, dando uma maior autonomia à mulher para a contracepção de barreira, diferente da camisinha masculina, que necessita da negociação e aceitação masculina, além de não apresentar reações alérgicas, e poder ser utilizado com lubrificantes à base de óleo. Como desvantagem, pode apresentar desconforto durante o uso, alto custo, dificuldade para posicionamento correto do preservativo e impossibilidade de utilização do preservativo em algumas posições性uais (COLQUITT; MARTIN, 2015; LUPIÃO; OKAZAKI, 2011).

O diafragma é um copo feito de látex ou silicone, com borda flexível, que se encaixa no colo do útero, cobrindo completamente o cérvix e, dessa forma, impedindo a passagem do espermatozoide ao útero. Tipicamente, é utilizado em conjunto com algum espermicida, fornecendo uma barreira tanto física quanto química ao

espermatozoide (COLQUITT; MARTIN, 2015). Existem diafragmas de diversos tamanhos, sendo necessária a medição por um profissional de saúde treinado para determinar o tamanho adequado a cada mulher, além da orientação correta para inserção do contraceptivo. O diafragma deve ser inserido um pouco antes da relação sexual, devendo permanecer na posição por no mínimo 6 horas após relação, não excedendo 24 horas. O diafragma não é descartável e pode ser reutilizado por até 3 anos (BRASIL, 2010; LUPIÃO; OKAZAKI, 2011).

Em uso rotineiro, o diafragma possui taxa de gravidez de 20 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso. Quando utilizados de forma correta e consistente, são eficazes: a taxa de gravidez é de 6 para cada 100 mulheres, no primeiro ano de uso (BRASIL, 2010). Apresenta a vantagem de ser um método de barreira controlado pela mulher, porém o seu uso pode ser associado às infecções no trato urinário, além de, caso permaneça na vagina por mais de 24 horas, pode causar irritação da mucosa vaginal e a síndrome do choque tóxico (COLQUITT; MARTIN, 2015; LUPIÃO; OKAZAKI, 2011).

De modo geral, os métodos de barreira possuem como vantagens o fato de os preservativos masculinos e femininos serem os únicos métodos atuais capazes de prevenirem a gravidez e a transmissão de ISTs; serem elegíveis para todas as pessoas que não estão dispostas a usar métodos hormonais, DIU, métodos comportamentais ou cirúrgicos; não possuírem efeitos sistêmicos, com poucos efeitos colaterais; serem indicados para pessoas portadoras de doenças endocrinometabólicas, e dispensarem prescrição médica, o que facilita o acesso aos métodos (BRASIL, 2010).

De acordo com a PNDS-2006, entre as mulheres unidas, de 15 a 44 anos, 13% utilizaram algum preservativo, seja feminino ou masculino (BRASIL, 2009). Já um estudo feito por Trindade et al. (2021), utilizando os dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) de 2013, demonstrou que, entre mulheres férteis de 18 a 49 anos, com vida sexual ativa, 14,5% utilizam preservativos como método de contracepção. Entretanto, essa é uma baixa estatística, visto que a maioria das mulheres com vida sexual ativa não utiliza proteção contra as ISTs em suas relações sexuais. Dessa forma, é possível perceber os resultados das relações sexuais desprotegidas no cenário brasileiro. Em 2017, houve o maior número de novos casos diagnosticados de

HIV dos últimos anos, e a sífilis adquirida também aumentou drasticamente, sendo que, em 2010, a taxa da doença foi de 2%, e sete anos depois foi de 58,1%, ou seja, um aumento de mais de 50%. Além disso, o artigo avaliou a utilização de dupla proteção, que é o método mais eficaz e efetivo contra à gravidez não intencional e às ISTs, uma vez que ele é a combinação de uso dos preservativos com algum método contraceptivo moderno. O estudo mostra que a dupla proteção foi mais utilizada pelas mulheres da região Sul, da zona urbana, brancas, com maior nível de escolaridade e que têm plano de saúde. As que menos utilizam são as que vivem no Nordeste, na zona rural, pretas e pardas, com menor escolaridade e que não têm plano de saúde. Dessa forma, os autores inferem que há diferenças de acesso e informação de acordo com o grupo socioeconômico e demográfico em que a mulher está inserida. Por outro lado, as mulheres das regiões Norte e Nordeste são as que mais utilizam somente preservativo em suas relações, assim como as mulheres pretas, pardas, amarelas e indígenas que também utilizam mais esse método do que as brancas. Uma vez que os preservativos não necessitam de prescrição, são facilmente encontrados no SUS e, se comparados aos outros métodos, são mais simples de utilizar. Trindade et al (2021) afirma que essas mulheres utilizam mais preservativos não porque é o único método que previne contra as ISTs ou porque o escolheram, mas, muito provavelmente, porque é o mais acessível, uma vez que as regiões Norte e Nordeste tem menos acesso aos meios sociais, tendo assim maior índice de vulnerabilidade.

A PNS 2019 avaliou no Brasil a utilização e preservativos por homens e mulheres, de 18 anos ou mais de idade que tiveram relação sexual nos últimos 12 meses anteriores à data da entrevista. Demonstrou-se que 22,8% dos indivíduos referiram ter usado preservativo em todas as relações sexuais que tiveram nesse período. Portanto, 77,2% das pessoas informaram que não utilizaram preservativo em todas as relações sexuais que tiveram no período. Em áreas urbanas, onde tal indicador foi de 23,5%, o uso de preservativo foi mais frequente em relação às áreas rurais, 18,2%. Em relação às características sociodemográficas, constatou-se uma proporção entre os homens, 24,4%, superior à observada entre as mulheres, 20,9%. A PNS 2019, então, detalha a frequência de utilização de preservativos nos últimos 12 meses, observando-se que, no Brasil, em 2019, 22,8% das pessoas afirmaram ter

usado camisinha sempre, 17,1% às vezes, 59,0% nenhuma vez. Entre os homens, 57,7% afirmaram ter tido todas as suas relações sexuais sem o uso de camisinha e 16,7% usaram às vezes. Entre as mulheres, 60,5% tiveram todas as suas relações sem o uso de preservativo, percentual superior ao observado para os homens, e 17,4% afirmaram ter usado às vezes. Dentre os motivos para não utilizar o preservativo, a PNS tem como resposta mais frequente (73,4%) a confiança no parceiro, sendo apontado por 78,6% dos indivíduos do sexo masculino e por 68,0% das pessoas do sexo feminino. O segundo motivo mais frequente entre os homens foi por não gostar (9,8%), e o terceiro motivo foi por ter usado outro método para evitar gravidez (8,0%). Já entre as mulheres, o segundo motivo mais frequente foi por ter usado outro método para evitar gravidez (16,8%), seguido pelo motivo de que não gosta (7,0%). Vale ressaltar que a porcentagem de mulheres que respondeu como motivo porque o(a) parceiro(a) não quis foi maior (2,0%) frente aos homens (0,4%) (IBGE, 2021a).

Ademais, a PNS 2019 também avaliou a procura por algum serviço público de saúde (posto, centro de saúde, hospital público, hospital conveniado do SUS, agente comunitário de saúde) para obter camisinha masculina ou feminina, nos últimos 12 meses anteriores à entrevista entre indivíduos maiores de 18 anos. Demonstrou-se que, no Brasil, 10,7% das pessoas disseram que recorreram ao serviço público de saúde com essa finalidade. Observou-se que maior proporção de homens (13,2%) afirmou ter procurado o serviço público de saúde para obtenção de preservativos em comparação com as mulheres (8,5%). Analisando socioeconomicamente, 63,1% das pessoas que recorreram ao serviço público de saúde para obter preservativo tinham rendimento domiciliar per capita de até 1 salário-mínimo, enquanto menos de 2% tinham renda de mais de 5 salários-mínimos, reforçando a persona que necessita e utiliza o SUS (IBGE, 2021a).

4.4 Intrauterinos

O dispositivo intrauterino (DIU) é um objeto pequeno, de plástico flexível, em forma de “T”, de aproximadamente 31 mm, ao qual pode ser adicionado cobre ou hormônios. Este, então, é inserido por um profissional de saúde, capacitado e treinado, na cavidade uterina da usuária exercendo sua função contraceptiva, sendo seguro e

muito eficaz. A seleção adequada da usuária e a inserção cuidadosa, realizada por profissional treinado e experiente, melhoram a eficácia, a continuidade de uso e a segurança do método (BRASIL, 2010).

São comercializados no Brasil, atualmente, dois tipos de métodos intrauterinos: o DIU com cobre e o sistema intrauterino liberador de hormônio, no caso, o levonorgestrel. Entretanto, na lista da RENAME, consta apenas o DIU TCu-380A (DIU com cobre) (BRASIL, 2019).

O DIU com cobre possui um fio deste metal enrolado na haste do plástico com formato em “T”, e possui dois anéis de cobre nos dois braços da estrutura, que prolongam a duração da ação. O modelo TCu-380A é aprovado mundialmente e possui indicação de utilização por até 10 anos, mas estudos recentes apontam eficácia por mais de 15 anos (HSIA; CREININ, 2016). Muitos profissionais da saúde ainda acreditam que o DIU é abortivo, uma vez que teria como mecanismo de ação a inibição da implantação do óvulo no útero. Entretanto, sabe-se, atualmente, que o principal mecanismo de ação do DIU com cobre é a sua ação espermicida, por meio de um processo inflamatório local estéril devido à reação à presença de um corpo estranho no útero (BAHAMONDES et al., 2020). Assim, os íons de cobre afetam a motilidade e viabilidade do espermatozoide, além de alterarem o muco cervical e desencadearem reações inflamatórias e imunológicas (HSIA; CREININ, 2016). Múltiplos fatores influenciam a taxa de liberação de cobre, incluindo o pH do fluido intrauterino, a fase do ciclo menstrual, a hemoglobina liberada durante a menstruação, e a concentração local de ureia, oxigênio e de proteínas intrauterinas (WU; PICKLE, 2014).

Já o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG), ao liberar aproximadamente 20 μ g de levonorgestrel por dia, com uma leve queda ao longo dos anos, tem como mecanismo de ação principal o espessamento do muco cervical e comprometimento da penetração do espermatozoide. A ovulação pode ser suprimida em diferentes taxas, de acordo com a liberação diária de levonorgestrel. É importante destacar que o efeito do levonorgestrel é principalmente local, sendo mínimo sistemicamente, uma vez que os níveis de levonorgestrel no endométrio são milhares de vezes maiores que os níveis plasmáticos (BAHAMONDES et al., 2020). Adicionalmente, o SIU-LNG atua na cavidade uterina decidualizando e atrofiando o

endométrio, o que diminui o fluxo menstrual ao longo do seu uso (HSIA; CREININ, 2016; WU; PICKLE, 2014).

Os métodos intrauterinos fazem parte do grupo de métodos contraceptivos reversíveis de longa duração e são altamente eficazes, uma vez que possuem taxas de falhas no primeiro ano de uso de 0,6%-0.8%, para o DIU com cobre, e de 0.2%, para o SIU-LNG. Diferentemente dos outros métodos, a eficácia dos métodos intrauterinos não varia entre uso típico e uso correto, visto que, se inseridos e posicionados corretamente, os métodos não dependem da instrução e adesão da usuária para serem eficazes. Além disso, possuem um retorno normal à fertilidade (HARDEMAN; WEISS, 2014).

Por ser um método não hormonal, no caso do DIU com cobre, ou com liberação sistêmica mínima, no caso do SIU-LNG, podem ser utilizados por quase todas as mulheres de forma segura. As exceções incluem mulheres com hipersensibilidade ao cobre ou outro componente do dispositivo, mulheres com inflamação pélvica ou alguma IST no momento da inserção, mulheres com algum câncer ginecológico ou com alguma condição médica mais grave (CURTIS; PEIPERT, 2017). Mulheres amamentando podem utilizar métodos intrauterinos em qualquer fase da amamentação (HARDEMAN; WEISS, 2014).

Os efeitos adversos reportados para o SIU-LNG são similares aos das pílulas somente de progestógenos, que incluem dores de cabeça, náusea, queda de cabelo, dor nos seios, depressão, diminuição da libido e cistos ovarianos. Algumas mulheres podem ter amenorreia ou sangramento irregular com pequenas manchas. Já o DIU com cobre pode aumentar o sangramento menstrual e torná-lo irregular e aumentar das cólicas, mas não possui sintomas relacionados à progesterona (HARDEMAN; WEISS, 2014). O aconselhamento referente às alterações esperadas no padrão menstrual é necessário para aumentar a taxa de continuação de uso dos dispositivos intrauterinos (CURTIS; PEIPERT, 2017).

O SIU-LNG possui, além do seu efeito contraceptivo, benefícios às mulheres com sangramento menstrual intenso e endometriose, devido à supressão do endométrio pelo progestógeno. Ademais, estudos apontam que o DIU com cobre possui efeito protetor sobre o câncer cervical invasivo (WHALEY; BURKE, 2015), além

de poder ser utilizado, também, como contraceptivo de emergência, caso seja inserido em até 5 dias após a relação sexual desprotegida. É muito eficaz, com uma taxa de falha menor que 1 em cada 1000 casos, sendo considerado o método contraceptivo de emergência mais eficaz atualmente (HSIA; CREININ, 2016).

A superior efetividade dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração, como os métodos intrauterinos, é demonstrada em estudos como o *Contraceptive CHOICE*, o maior estudo de coorte de contraceptivos de longa duração já publicado. Foi demonstrado que houve um aumento de 20 vezes no número de gestações não planejadas em mulheres que utilizavam contraceptivos orais, adesivo transdérmico ou anel vaginal em comparação com mulheres que usaram um método reversível de longa duração, sendo 83% destas usuárias de algum dispositivo intrauterino. Esses achados mostram como o aumento do uso de métodos intrauterinos é a principal estratégia para diminuir as taxas de gestações não planejadas ao redor do mundo (WHALEY; BURKE, 2015).

A PNS 2019, demonstra que, considerando as mulheres de 15 a 49 anos de idade sexualmente ativas nos últimos 12 meses e que ainda menstruavam, 4,4% tinham DIU (IBGE, 2021b), havendo um aumento desde os resultados da PNDS 2006, em que o uso de DIU foi referido por apenas 1,5% das mulheres entrevistadas (BRASIL, 2009). Apesar do aumento da prevalência do DIU durante esses anos, a utilização do método pelas mulheres brasileiras ainda é considerada baixa. Gonzaga et al. (2017) afirmam que existem diversas barreiras organizacionais para o acesso ao DIU, como os critérios desnecessários para sua inserção; a oferta insuficiente e descontinuada do método; o conhecimento inadequado de profissionais de saúde sobre seus mecanismos de ação; a falta de profissionais habilitados – somada à exclusividade do profissional médico para sua inserção; e ausência de protocolos simplificados. Além das barreiras organizacionais, somam-se ainda as barreiras individuais, como o baixo nível de conhecimento das mulheres sobre o método; mitos e tabus acerca do DIU, como a crença na possibilidade de provocar câncer, de ser abortivo e de ser pouco eficaz; receio dos efeitos colaterais, como o aumento do fluxo menstrual; e crença de não ser apropriado para as mulheres nulíparas, jovens ou solteiras. Ambas as barreiras estão presentes nos serviços de Atenção Básica à Saúde

no país e impedem o pleno acesso ao DIU, contribuindo para a baixa frequência de seu uso e sendo um desafio ao pleno exercício dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres (GONZAGA et al., 2017). Ademais, o projeto CHOICE, revelou que, quando o DIU é ofertado para todas as mulheres elegíveis, mediante adequado aconselhamento contraceptivo, sem custo, e sem longas esperas ou burocracias para inserção, a maioria das mulheres tende a optar por ele. Assim, o CHOICE, ao remover as barreiras individuais e algumas barreiras de acesso (tempo de espera e custo), aumentou a prevalência do uso de DIU, de 3% para 56% (SECURA et al., 2010).

4.5 Esterilização

A esterilização ainda é um dos métodos mais utilizados no Brasil e mundialmente. Apesar do declínio ao longo dos anos, ainda é a forma de contracepção de 22,9% das mulheres de 15 a 49 anos que ainda menstruam e que eram sexualmente ativas nos últimos 12 meses, sendo 17,3% por laqueadura e 5,6% pela vasectomia do parceiro, de acordo com a PNS 2019 (IBGE, 2021b).

A esterilização é um método cirúrgico, permanente, que pode ser realizada na mulher, por meio da ligadura das trompas (laqueadura ou ligadura tubária), e no homem, por meio da ligadura dos canais deferentes (vasectomia), e ambos os procedimentos são ofertados no SUS atualmente. Por serem métodos contraceptivos de caráter definitivo, deve-se levar em consideração diversos fatores, e não apenas sua eficácia e segurança. Acolhimento do casal, informação, aconselhamento e consentimento esclarecido são impositivos éticos e legais antes de uma esterilização cirúrgica (BRASIL, 2010). No Brasil, a esterilização cirúrgica está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96 que regula o parágrafo sobre planejamento familiar na Constituição Federal, a qual estabelece no seu artigo 10 os critérios e as condições obrigatórias para a sua execução, sendo somente permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

“I – em homens ou mulheres com capacidade civil plena e maiores de 25 anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade,

incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce;

II – risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório e assinado por dois médicos.” (BRASIL, 1996)

Além disso, a legislação federal impõe, como condição para a realização da esterilização cirúrgica, o registro da expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes. Inclusive, a Lei prevê que “só podem ser autorizadas a realizar esterilização cirúrgica as instituições que ofereçam todas as opções de meios e métodos de contracepção reversíveis” (BRASIL, 1996). Ademais, em vigência de sociedade conjugal, a Lei afirma que a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges e que é proibido a esterilização cirúrgica feminina durante os períodos de parto ou aborto ou até o 42º dia do pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (BRASIL, 1996).

Há 2 abordagens cirúrgicas que são as utilizadas com maior frequência para a laqueadura: a minilaparotomia, que envolve a realização de uma pequena incisão no abdômen e, então, as trompas de falópio são trazidas até a incisão para serem cortadas ou bloqueadas; e a laparoscopia, realizada a nível ambulatorial, com sedação leve e anestesia local, que envolve a introdução de um tubo longo e fino com lentes no abdômen por meio de uma pequena incisão, e, assim, o médico observa e bloqueia ou corta as trompas de falópio no abdômen. A oclusão pode ser por salpingectomia parcial, anéis, gramos ou eletrocoagulação. Assim, os óvulos liberados não conseguem se deslocar pelas trompas e não encontram os espermatozoides (SRP; CPC, 2007). A laqueadura é altamente eficaz, possuindo uma taxa de falha de 18,5 a cada 1000 mulheres esterilizadas em 10 anos. Além disso, as taxas de falha são idade dependente, sendo quanto mais nova a mulher quando realizado o procedimento, maior o risco de falha (MOSS; ISLEY, 2015). Já as taxas de arrependimento são de aproximadamente 10 a 20%, variando entre idades e sendo maior entre mulheres que realizaram a cirurgia antes dos 30 anos, conforme apontam estudos. A cirurgia de

reversão da laqueadura é um procedimento de alto custo e nem sempre eficaz (STUART; RAMESH, 2018).

Assim sendo, o aconselhamento sobre a esterilização é fundamental e deve começar oferecendo todos os métodos contraceptivos disponíveis, principalmente os reversíveis de longa duração, como o DIU com cobre, que são tão eficazes quanto a esterilização, mas reversíveis. Alguns fatores de risco de arrependimento após cirurgia são ter pouca informação sobre o procedimento, pouco incentivo e acesso às informações sobre os outros métodos contraceptivos e pressão externa para realização da cirurgia, seja do parceiro ou do médico (MOSS; ISLEY, 2015).

A vasectomia é a cirurgia de esterilização nos homens, sendo uma técnica menos invasiva, simples, rápida e segura, que deve sempre ser mencionada na conversa sobre contracepção permanente. Através de uma punctura ou pequena incisão no escroto, o profissional localiza cada um dos 2 tubos por onde o esperma é transportado até o pênis (vaso deferente) e bloqueia o mesmo, cortando e amarrando-o de modo a fechá-lo ou aplicando calor ou eletricidade (cautério). Com esse procedimento, os espermatozoides não conseguem atravessar os vasos deferentes, não se juntando ao sêmen, fazendo com que o homem consiga ejacular, mas sem expelir espermatozoides (BRASIL, 2010; MOSS; ISLEY, 2015).

Assim como a laqueadura, a vasectomia é muito eficaz e não altera a vida sexual do homem, com uma taxa de falha de 0,1%-0,15%, não possui efeitos adversos maiores e as complicações da cirurgia são extremamente raras. Destaca-se que a eficácia do método não é imediata ao procedimento, devido aos espermatozoides residuais nos vasos deferentes e, por isso, o indivíduo deve esperar 3 meses ou 20 ejaculações e realizar um espermograma que demonstre azoospermia, para considerar o método contraceptivo eficaz (MOSS; ISLEY, 2015).

De acordo com a PNDS 2006, a esterilização feminina foi referida como método contraceptivo de escolha por 25,9% das mulheres unidas de 15 a 44 anos, e a masculina por 5,1% (BRASIL, 2009). De 2006 para 2019, cujos dados de prevalência da esterilização foram mencionados acima, houve uma queda no número geral de cirurgias contraceptivas, com ligeiro aumento do número de vasectomias. O declínio dos métodos cirúrgicos é um indicador importante, uma vez que nos mostra que hoje

as mulheres estão tendo mais informações e opções de escolha de métodos também eficazes, porém reversíveis. Acrescenta-se, ainda, que as mulheres mais vulneráveis são as mais esterilizadas, pois as que ainda mais utilizam métodos cirúrgicos são as da região Norte, as que moram em zona rural, pretas ou pardas, com menor escolaridade e que não possuem plano de saúde (TRINDADE et al., 2021).

Em contraponto, ainda pode-se considerar alto o número de esterilizações, uma vez que, de acordo com a PNS 2019, é o 3º método contraceptivo mais utilizado no país (somente atrás dos contraceptivos orais e do preservativo) (IBGE, 2021b). Tal fato pode ser justificado, então, pela democratização do acesso a este método, uma vez que é oferecido nos serviços públicos, de acordo com a Lei nº 9.263/96, somado à baixa variabilidade de métodos contraceptivos fornecidos no SUS e ao baixo acesso aos métodos oferecidos pelas mulheres em maior vulnerabilidade, seja por falta de informações ou por excesso de burocracias e critérios para conseguí-los. De acordo com Perpétuo e Wong (2006, apud BRASIL, 2009, p. 100), “a presença excessivamente alta da laqueadura tubária entre as mulheres sem escolaridade evidencia a dificuldade do sistema público de saúde em incorporar, de forma efetiva, a assistência anticoncepcional aos serviços de atenção primária”.

Já o aumento da prevalência da vasectomia, confirma a tendência de mudança, mesmo que sutil, da perspectiva dos homens quanto à contracepção, compartilhando a responsabilidade de uma gravidez. Entretanto, de acordo com a PNDS 2006, este é um comportamento também restrito aos estratos mais altos da escala social. Isto soma-se ao fato de que mulheres de estratos economicamente menos favorecidos, para prevenirem a gravidez, encontram como obstáculo não apenas a sua própria falta de informação e as carências do sistema de saúde, como também o maior desequilíbrio de poder entre os gêneros (BRASIL, 2009).

5. CONCLUSÕES

Atualmente, grande parte das mulheres brasileiras utiliza algum método de contracepção, sendo o contraceptivo hormonal oral o método mais usado, e o DIU, o menos utilizado, entre as categorias ofertadas no SUS. Mesmo assim, mais da metade das gestações no Brasil não são planejadas. Essa incoerência provavelmente está associada ao fato de que os métodos mais utilizados pelas brasileiras são os de curta duração, que dependem da usuária para garantir sua efetividade, o que pode gerar falhas. Assim, é essencial que exista um aconselhamento adequado na escolha do método contraceptivo, que apresente todos as formas de contracepção e suas respectivas taxas de falha, efeitos adversos, benefícios e orientações sobre a utilização. É importante ressaltar a fundamental articulação entre os aspectos relacionados ao cuidado e à gestão da assistência farmacêutica, visando ao acesso e uso adequado dos contraceptivos e minimizando efeitos adversos e falha contraceptiva.

Frente ao exposto nesse trabalho, conclui-se que é essencial abordar o acesso das mulheres à contracepção e rastrear suas intenções e preferências reprodutivas, justamente para fornecer aconselhamento e métodos contraceptivos de acordo com suas necessidades e preferências. É imprescindível que o nível básico dos serviços de saúde possua uma logística da programação, aquisição e distribuição de métodos contraceptivos diversos e em quantidade compatível com a realidade local, pois a falta de insumos limita a escolha das usuárias e impõe o uso de determinado método. O alinhamento das opções de contraceptivos entre todos os prescritores e divulgação das fontes de obtenção também são essenciais em um sistema universal. Dessa forma, a garantia de contraceptivos suficientes para as usuárias assegura acesso igualitário aos métodos, oferecendo à mulher autonomia no controle da sua fertilidade e na escolha do método ao qual melhor se adapte. A ausência disso configura a negação a um direito constitucional.

Além disso, avaliando o contexto atual de fornecimento inadequado em contracepção, é provável que exista uma discrepância entre as preferências contraceptivas das mulheres usuárias do SUS e suas práticas. Não se sabe até que

ponto as práticas contraceptivas dessas mulheres são uma escolha individual e plenamente informada ou se são consequência das fragilidades do sistema em fornecer um planejamento familiar adequado, impelindo-as a utilizar métodos contraceptivos não condizentes com suas preferências reprodutivas e intenção de engravidar.

É importante destacar que a PNDS 2006 foi a última pesquisa demográfica nacional que tratou o planejamento familiar como um objetivo estruturante da pesquisa e, em suas publicações, considerou apenas as mulheres unidas para investigar o uso dos métodos de contracepção e as condições sociodemográficas das mulheres, desconsiderando mulheres sem companheiros que também fazem uso de métodos contraceptivos. Essa lacuna de 15 anos desde a última pesquisa demográfica de saúde é um grande limitante para a gestão de políticas públicas adequadas e abrangentes. Conhecer as tendências de utilização dos métodos contraceptivos e seus fatores associados, assim como as características dessas mulheres, contribuem enormemente no planejamento e adequação das políticas públicas, e direcionam melhor o acesso e a utilização pela população.

6. BIBLIOGRAFIA

ALONSO, G.D. Historia de la anticoncepción. **Revista Cubana de Medicina General Integral**, Havana, v. 11, n. 2, mar./abr. 1995. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251995000200015. Acesso em: 31 out. 2021.

BAHAMONDES, L. et al. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 66, p. 28-40, jul. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2019.12.002>. Acesso em: 29 out. 2021.

BASTOS, M. de et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, n. 3, 3 mar. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010813.pub2>. Acesso em: 29 out. 2021.

BENAGIANO, G.; GABELNICK, H.; BROSENS, I. Long-acting hormonal contraception. **Women's Health**, v. 11, n. 6, p. 749-57, 1º nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/whe.15.68>. Acesso em: 29 out. 2021.

BRANDT, G. P.; OLIVEIRA, A. P. R. de; BURCI, L. M. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. **Revista Gestão & Saúde**, v. 18, n. 1, p. 54-62, 2018. Disponível em: <https://www.herrero.com.br/files/revista/fileffb43b6252282b433e193bacf91d43f7.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 1º nov. 2021.

BRASIL. Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 15 jan. 1996, Seção 1, p. 561. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar**. Manual técnico. 4ª ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2002 (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 40). 60 p. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**. Princípios e diretrizes. 1^a ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82 p. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher (PNDS) 2006**. Dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. 1^a ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2009 (Série G. Estatística e informação em saúde). 302 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_criancamulher.pdf. Acesso em: 7 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**. Saúde Sexual e saúde reprodutiva. 1^a ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2010 (Série A. Normas e manuais técnicos, n. 26). 300 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad26.pdf. Acesso em: 31 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional sobre acesso, utilização e promoção do uso racional de medicamentos no Brasil (Pnaum)**. Caderno 3: Componente populacional: resultados. 1^a ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 54 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/componente_populacional_resultados_pnaum_caderno3.pdf. Acesso em: 29 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relação nacional de medicamentos essenciais 2020**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019. 219 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relacao_medicamentos_rename_2020.pdf. Acesso em: 31 ago. 2021.

CARRENO, I. et al. Uso de métodos contraceptivos entre mulheres com vida sexual ativa em São Leopoldo, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, mai. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006000500023>. Acesso em: 31 out. 2021.

CARLTON, C.; BANKS, M.; SUNDARARAJAN, S. Oral contraceptives and ischemic stroke risk. **Stroke**, v. 49, n. 4, p. e157-9, abr. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.117.020084>. Acesso em: 30 out. 2021.

CHRISTIN-MAITRE, S. History of oral contraceptive drugs and their use worldwide. **Best Practice and Research: Clinical Endocrinology and Metabolism**, v. 27, n. 1, p. 3-12, fev. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.beem.2012.11.004>. Acesso em: 6 mar. 2021

COLQUITT, C. W.; MARTIN, T. S. Contraceptive methods: a review of nonbarrier and barrier products. **Journal of Pharmacy Practice**, v. 30, n. 1, p. 130-5, 1º jun. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0897190015585751>. Acesso em: 30 out. 2021.

CURTIS, K. M. et al. Hormonal contraception and HIV acquisition among women: an updated systematic review. **BMJ Sexual & Reproductive Health**, v. 46, n. 1, p. 8-16, jan. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1136/bmjsrh-2019-200509>. Acesso em: 30 out. 2021.

CURTIS, K. M.; PEIPERT, J. F. Long-acting reversible contraception. **The New England Journal of Medicine**, v. 376, n. 5, p. 461-8, 2 fev. 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1608736>. Acesso em: 30 out. 2021.

DANDO, T. M.; CURRAN, M. P. Low-dose ethinylestradiol/levonorgestrel. **Drugs**, v. 65, n. 16, p. 2299-306, nov. 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.2165/00003495-200565160-00007>. Acesso em: 30 out. 2021.

DE LEO, V. et al. Hormonal contraceptives: pharmacology tailored to women's health. **Human Reproduction Update**, v. 22, n. 5, p. 634-46, set./out. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/humupd/dmw016>. Acesso em: 20 out. 2021.

DEPARTAMENTO DE DOENÇAS DE CONDIÇÕES CRÔNICAS E INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. Página desenvolvida pelo Ministério da Saúde. **Usar preservativos masculinos, femininos e gel lubrificantes**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/prevencao-combinada/usuarios-preservativos-masculinos-femininos-e-gel-lubrificantes>. Acesso em: 31 out. 2021.

DRAGOMAN, M. V. The combined oral contraceptive pill: recent developments, risks and benefits. **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, v. 28, n. 6, p. 825-34, ago. 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.06.003>. Acesso em: 30 out. 2021.

FARIAS, M. R. et al. Utilização e acesso a contraceptivos orais e injetáveis no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, p.1-10, 12 dez. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006176>. Acesso em: 30 out. 2021.

FRANCIS, J. et al. A semimechanistic pharmacokinetic model for depot medroxyprogesterone acetate and drug-drug interactions with antiretroviral and antituberculosis treatment. **Clinical Pharmacology & Therapeutics**, v. 110, n. 4, p. 1057-65, 20 jun. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cpt.2324>. Acesso em: 30 out. 2021.

GONZAGA, V. A. S. et al. Barreiras organizacionais para disponibilização e inserção do dispositivo intrauterino nos serviços de atenção básica à saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 51, p. e03270, dez. 2017. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2016046803270>. Acesso em: 30 out. 2021.

HARDEMAN, J.; WEISS, B. D. Intrauterine devices: an update. **American Family Physician**, v. 89, n. 6, p. 445-50, 15 mar. 2014. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0315/afp20140315p445.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

HSIA, J. K.; CREININ, M. D. Intrauterine contraception. **Seminars in Reproductive Medicine**, v. 34, n. 3, p. 175-82, mai. 2016. Disponível em: <http://doi.org/10.1055/s-0036-1571438>. Acesso em: 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: acidentes, violências, doenças transmissíveis, atividade sexual, características do trabalho e apoio social. Rio de Janeiro: IBGE, 2021a, 101 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101800.pdf>. Acesso em: 29 out. 2021.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional de saúde 2019**: ciclos de vida: Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2021b, 132 p. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101846.pdf>. Acesso em: 1º nov. 2021.

JAIN, R.; MURALIDHAR, S. Contraceptive methods: needs, options and utilization. Journal of Obstetrics and Gynaecology of India, v. 61, n. 6, p. 626-34, dez. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s13224-011-0107-7>. Acesso em: 31 out. 2021.

LUPIÃO, A. C.; OKAZAKI, E. de L. F. J. Métodos anticoncepcionais: revisão. **Revista de Enfermagem da Unisa**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 136-41, 2011. Disponível em: https://www.academia.edu/24906589/M%C3%A9todos_anticoncepcionais_revis%C3%A3o. Acesso em: 30 out. 2021.

MOSS, C.; ISLEY, M. M. Sterilization: a review and update. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, v. 42, n. 4, p. 713-24, dez. 2015. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.ogc.2015.07.003>. Acesso em: 30 out. 2021.

PANISSET, K.; GIORDANO, M. V.; GIORDANO, L. Contracepção injetável trimestral. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 43, p. 27-30, 2015. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43nsuppl1/a4852.pdf>. Acesso em: 30 out. 2021.

PEDRO, J. M. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. **Revista Brasileira de História**. São Paulo, v. 23, n. 45, p. 239-60, jul. 2003. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbh/a/CBwFBCqgdprcPL8x53x8bNz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 31 out. 2021.

RACCAH-TEBEKA, B.; PLU-BUREAU, G., 2020. L'histoire de la contraception s'écrit encore! **Gynéco Online**. Paris, fev. 2020. Disponível em: <https://www.gyneco-online.com/gynecologie/lhistoire-de-la-contraception-secrit-encore>. Acesso em: 31 out. 2021.

RIVERA, R.; YACOBSON, I.; GRIMES, D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 181, n. 5, p. 1263-9, nov. 1999. Disponível em: [http://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70120-1](http://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70120-1). Acesso em: 30 out. 2021.

ROSS, J. et al. Contraceptive method choice in developing countries. **International Family Planning Perspectives**, v. 28, n. 1, p. 32-40, mar. 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/3088273>. Acesso em: 30 out. 2021.

SECURA, G. M. et al. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, v. 203, n. 2, p. 115.e1-7, 1º ago. 2010. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.ajog.2010.04.017>. Acesso em: 30 out. 2021.

SILVA, L. M. da; ROCHA, M. Interações medicamentosas dos anticoncepcionais com outros fármacos. **Revista Acadêmica Oswaldo Cruz**, São Paulo, ed. 9, jan./mar. 2016. Disponível em: http://revista.oswaldocruz.br/Content/pdf/Edicao_09_SILVA_Luma_Meirelles_da_Silva_-_ROCHA_Marcia_Rocha.pdf. Acesso em: 30 out. 2021.

SITRUK-WARE, R.; NATH, A.; MISHELL JR., D. R. Contraception technology: past, present and future. **Contraception**, v. 87, n. 3, p. 319-30, mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3530627>. Acesso em: 31 out. 2021.

SOUZA, N. M. V. **A influência das diferentes gerações de contraceptivos orais sobre a hemostasia e o risco de trombose venosa profunda**. 2017. 78 f. Monografia (Especialização em Farmacologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1843/BUOS-BCCJJB>. Acesso em: 30 out. 2021.

SRP – DEPARTAMENTO DE SAÚDE REPRODUTIVA E PESQUISA. Organização Mundial da Saúde; CPC – ESCOLA BLOOMBERG DE SAÚDE PÚBLICA/CENTRO DE PROGRAMAS DE COMUNICAÇÃO. Universidade Johns Hopkins. **Planejamento familiar**: um manual global para os profissionais e serviços de saúde. Baltimore/Genebra: CPC/OMS, 2007 (Projeto Info). 388 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44028/9780978856304_por.pdf;jsessionid=d7B139922F49B064376BA94E5EF5704FD?sequence=6. Acesso em: 31 out. 2021.

STUART, G. S.; RAMESH, S. S. Interval female sterilization. **Obstetrics & Gynecology**, v. 131, n. 1, p. 117-24, jan. 2018. Disponível em: <http://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002376>. Acesso em: 30 out. 2021.

TRINDADE, R. E. da et al. Uso de contracepção e desigualdades do planejamento reprodutivo das mulheres brasileiras. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n.2, p. 3493-504, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021269.2.24332019>. Acesso em: 30 out. 2021.

VISCOLA, M. A. M. **Interação farmacocinética entre o acetato de medroxiprogesterona de depósito e a terapia anti-retroviral**. 2007. 131 f. Dissertação (Mestrado em Tocoginecologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP. Disponível em: <https://hdl.handle.net/20.500.12733/1604635>. Acesso

em: 30 out. 2021.

VITOR, D. N. **Parecer técnico-científico: anticoncepcionais orais combinados.** 2013. 50 f. Monografia (Especialização em Avaliação de Tecnologias em Saúde) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul – Instituto de Avaliação de Tecnologia em Saúde (IATS), Porto Alegre. Disponível em: <https://docplayer.com.br/5265517-Instituto-de-avaliacao-de-tecnologias-em-saude-parecer-tecnico-cientifico.html>. Acesso em: 30 out. 2021.

WHALEY, N. S.; BURKE, A. E. Intrauterine contraception. **Women's Health**, v. 11, n. 6, p. 759-67, 1º nov. 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.2217/whe.15.77>. Acesso em: 30 out. 2021.

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, jun. 2014. Disponível em: <http://doi.org/10.1016/j.contraception.2014.02.011>. Acesso em: 30 out. 2021.

03/11/2021

Helena A. Gatti Munakami

Data e assinatura do aluno(a)

Júlia A. P. [Signature]

Data e assinatura do orientador(a)