

**INTERVENÇÃO EDUCATIVA QUANTO AOS MÉTODOS
ANTICONCEPCIONAIS PARA HOMENS E MULHERES DA CIDADE DE
SEBASTIÃO BARROS**

*EDUCATIONAL INTERVENTION CONCERNING ANTICONCEPTIONAL METHODS
FOR MEN AND WOMEN IN THE CITY OF SEBASTIÃO BARROS*

Twammy Lindicey Ribeiro da Silva

Karla Laís Ribeiro da Costa Araújo

RESUMO

Esta pesquisa teve como objetivo elaborar um plano de operativo para a UBS Sebastião Barros, no estado do Piauí, com a intenção de instruir os usuários da UBS SB quanto a variedade e aplicabilidade de métodos anticoncepcionais. Todas as informações empregadas para o desenvolvimento do estudo foram embasadas em dados do E-sus e observações da pesquisadora. Como padrão de pesquisa se fez uso dos moldes qualitativo e bibliográfico de análise de artigos científicos, livros e o estudo de importantes teóricos da área. Seus principais objetivos colocam-se como conscientizar a população quanto ao proveito dos diversos métodos contraceptivos esclarecendo a necessidade de compartilhar a consciência na escolha e no uso do método mais adequado à prevenção da gravidez precoce e indesejada e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); Para o desenvolvimento do Plano Operativo, foi empregue o Método do Planejamento Estratégico Situacional (PES). Concluiu-se que um plano operativo / ação é um passo fundamental para alcançar mudanças e implementações estratégicas e que, a informação e conscientização pode proporcionar a possibilidade de usufruir melhores condições para o bem-estar do indivíduo e da sociedade.

Palavras-chave: Métodos Contraceptivos, Anticoncepcionais, Plano de ação, Plano operativo

ABSTRACT

This research aimed to develop an operational plan for UBS Sebastião Barros, in the state of Piauí, with the intention of instructing users of UNB SB regarding the variety and applicability of contraceptive methods. All information used for the development of the study was based on data from E-sus and the researcher's observations. As a research standard, qualitative and bibliographic models of analysis of scientific articles, books and the study of important theorists in the area were used. For the development of the Operational Plan, the Situational Strategic Planning Method (PES) was used. It was concluded that an operational / action plan is a fundamental step to achieve changes and strategic implementations and that information and awareness can provide the possibility of enjoying better conditions for the well-being of the

individual and society.

Keywords: Contraceptive Methods, Contraceptives, Action plan, Operative plan

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde - OMS - (2019) apresenta o conceito de atenção primária à saúde como um processo concentrado na importância da participação da comunidade, identificando alguns dos determinantes sociais, econômicos e ambientais, além de incluir os serviços básicos necessários para atender às necessidades diárias de cuidados de saúde.

O Plano estratégico de atenção Primária à Saúde e alusivo plano de ação (Intervenção e Cognição) a serem elaborados neste estudo, tem como foco a realidade da Unidade Básica de Saúde de Sebastião Barros, no estado do Piauí.

Conforme a SESDF (2018) as Unidades Básicas de Saúde (anteriores Centros de Saúde, Postos de Saúde, Clínicas da Família), são unidades de Atenção Primária, responsáveis por cuidar da população, onde, cada UBS entende pela assistência à saúde de determinada região e respectiva população. A formação de cada UBS se compõe de equipes de saúde da família (ESF) constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo possível a complementação por outros profissionais, tais quais dentistas e técnicos em higiene dental.

Referente aos números gerais do município Sebastião de Barros, consoante ao IBGE (2019), a população estimada é de 3.469 pessoas e densidade demográfica em torno de 3,98 hab/km². A fonte adiciona que, em 2017, o salário médio mensal estimado da população, girava em torno de 2.1 salários mínimos. A proporção de pessoas ocupadas em relação à população total era de 7.5%.

Comparando-se a outros municípios do estado, segundo o IBGE (2019), até então o município ocupava as posições 14 de 224 e 60 de 224, respectivamente. Já na comparação com cidades do país todo, ficava na posição 1475 de 5570 e 4240 de 5570, nesta ordem. Considerando domicílios com rendimentos mensais de até meio salário mínimo por pessoa, tinha 58.2% da população nessas condições, o que o colocava na posição 40 de 224 dentre as cidades do estado e na posição 119 de 5570 dentre as cidades do Brasil.

O indicador Qedu (2019), no que tange à educação, menciona que a taxa de

escolarização de 6 a 14 anos de idade em SB é de 99,3%, porém, os índices de reprovação relacionados as etapas: anos iniciais, anos finais e ensino médio, respectivamente apresentam os seguintes índices: 18,3%, 13,8% e 29,4%, sendo que, conforme ao Qedu (2019), acima de 15% a situação indica que é preciso intervir no trabalho pedagógico em teor de urgência. Índices altos de reprovação ou abandono escolar também podem aumentar a distorção idade-série.

Quando o assunto é saúde, o IBGE (2019) elucida que a taxa de mortalidade infantil média na cidade é de 16.39 para 1.000 nascidos vivos. As internações devido a diarreias são de 3.8 para cada 1.000 habitantes. Comparado com todos os municípios do estado, ocupa as posições 85 de 224 e 92 de 224, respectivamente. Quando comparado a cidades do Brasil todo, essas posições são de 1638 de 5570 e 927 de 5570, respectivamente.

O foco deste estudo é a UBS Sebastião Barros (unidade de atuação da pesquisadora deste objeto). O número geral dos componentes das UBS é dado por: 02 médicos, 01 enfermeiro, 04 técnicos de enfermagem, 08 agentes comunitários de saúde, 02 dentistas, 02 técnicos de dentista, 02 auxiliares de farmácia, 01 recepcionista e 02 funcionários de serviços gerais. A equipe mantém um fluxo de reuniões (04 x mês) para breve debate referente aos acontecimentos e andamento da unidade.

No que tange a população direcionada à UBS, contabilizam-se em torno de 1.400 usuários cadastrados no e-sus, apesar de que, toda a população do município seja atendida pela UBS. Isto posto, devido ao limitado número de pessoal e acúmulo de funções, existem falhas na imputação de dados no sistema, estimando-se então que o número de pacientes ligados à equipe seja superior.

Ainda de acordo ao e-sus, a equipe completa atende em média 800 pessoas mensalmente, sendo que em torno de 400 pacientes sejam atendidos diretamente pela pesquisadora.

Como anteriormente citado, a precariedade no abastecimento do e-sus, causado pelo excesso de atendimentos e acúmulo de atividades proporciona uma limitação na abordagem de números reais, porém, mesmo em tal contexto, por intermédio das informações imputadas no e-sus pela equipe, é possível elencar os problemas de saúde com altos índices de atendimento pela equipe. O quadro 01 elucida os 5 problemas mais recorrentes na UBS.

Quadro 1 - Problemas recorrentes na UBS

Posição	Problema
1	Hipertensão Arterial
2	Diabete Melitus
3	Saúde sexual e reprodutiva
4	Doenças Crônicas não transmissíveis
5	Infecções das Vias Aéreas Superiores

Fonte: Autoria própria.

Os problemas referentes as principais doenças identificadas pela unidade e expostas pelo Quadro 1, são características da falta de conhecimento do cidadão, ou seja, ausência de informação e práticas de prolepse das doenças, somados a diminuta orientação disponibilizada na unidade de saúde (consequência de questões intrínsecas à unidade). Isto posto, outro tema chama a atenção da pesquisadora, trata-se da necessidade de ampliar o conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos. O tema carrega em si o intento de abordar a relevância da discussão de fatores que o abarcam, fazendo jus a um realce.

De acordo a ONU (2015) o uso de contraceptivos contribui para a boa saúde e bem-estar das mulheres e de suas famílias, em particular reduzindo a mortalidade e morbidade materna e infantil. O planejamento familiar atinge três dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) diretamente: reduzir a mortalidade infantil, melhorar a saúde materna e promover o empoderamento das mulheres e a igualdade de gênero, permitindo maior presença na escola, no trabalho e nos níveis políticos. Da mesma forma, melhorar o acesso aos serviços de planejamento familiar alcança três outros ODM: garantir a educação primária para todos, preservar o meio ambiente e combater o HIV / AIDS. As Nações Unidas declararam que "é necessário progresso acelerado e ação mais ousada".

1.1- OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é a concepção de um plano estratégico e de ação é a disseminação as informações do uso de métodos anticoncepcionais no município de Sebastião Barros, congruente aos parâmetros éticos, econômicos e sociais, de forma a responder ao

chamamento ligado a responsabilidade sanitária da Estratégia Saúde da Família dentro da unidade de saúde. A missão central do Plano Estratégico de Atenção Primária à Saúde é a de melhorar a saúde e qualidade de vida da comunidade. Para o fortalecimento do objetivo geral, os objetivos específicos se baseiam nas seguintes premissas:

- Conscientizar a população quanto ao proveito dos diversos métodos contraceptivos;
- Esclarecer a necessidade de compartilhar a consciência na escolha e no uso do método mais adequado à prevenção da gravidez precoce e indesejada e de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
- Informar que, ao evitar gravidezes indesejadas, o planejamento familiar e a contracepção evitam a morte de mães e filhos;
- Clarificar aos pacientes que o planejamento familiar e a contracepção reduzem a necessidade de aborto inseguro.

2. SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

De acordo com a OMS (2019) a saúde sexual é uma condição de bem-estar físico, emocional, mental e social em questões de sexualidade, não meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade. Consoante a Dias e Rocha (2009) a saúde sexual requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade e das relações sexuais, bem como a possibilidade de ter experiências sexuais agradáveis e seguras, sem coerção, discriminação ou violência. A OMS (2019) adiciona que para alcançar e manter uma boa saúde sexual, os Direitos Humanos e os Direitos Sexuais de todas as pessoas devem ser respeitados, protegidos e cumpridos.

Segundo dados da OMS (2019) a primeira Estratégia Nacional de Saúde Sexual 2017-2030 foi lançada em 2017. Ela define até 2030 as principais orientações nacionais, compartilhadas em nível interministerial, em favor de uma melhor saúde sexual.

Arnaldo e Cau (2019) explicam que a estratégia nacional de saúde sexual, proposta pela OMS, investe no campo da saúde sexual e reprodutiva de um ângulo global e positivo e em uma estrutura compartilhada em nível interministerial. Suas orientações estratégicas para 2017-2030 giram em torno das seguintes prioridades principais:

- Promover a saúde sexual, especialmente para jovens;
- Melhorar o caminho da saúde para infecções sexualmente transmissíveis (DSTs), incluindo HIV e hepatite viral;
- Melhorar a saúde reprodutiva;

- Responder às necessidades específicas das populações mais vulneráveis;
- Promover pesquisa, conhecimento e inovação em saúde sexual;
- Leve em consideração as especificidades dos territórios ultramarinos.

A OMS (2019) aponta alguns tópicos de saúde e respectivos fatores concernentes a tal orbe, sendo elas:

Quadro 2 - Tópicos de saúde e Fatos

Tópicos de saúde	Fatos
Adolescentes	Contraceção de emergência
Contraceção e planejamento familiar	Gravidez na adolescência
Infecções sexualmente transmissíveis e infecções genitais	Infecções sexualmente transmissíveis
Combate ao câncer cervical	Mortalidade materna
Mutilação genital feminina	Mutilação genital feminina
Saúde sexual e reprodutiva e HIV / AIDS	Partos prematuros
Saúde materna e perinatal	Recém-nascidos: Reduzir a Mortalidade
Violência contra as mulheres	Planejamento familiar / Contraceção
	Prevenção de abortos inseguros
	HIV / AIDS
	Violência contra as mulheres

Fonte: (OMS, 2019).

Consoante a Arnaldo e Cau (2019) estima-se que 214 milhões de mulheres nos países em desenvolvimento que querem adiar ou não ter mais filhos, mas não usam nenhuma forma de contracepção. Isto posto, vale salientar que A promoção do planejamento familiar - e a garantia de acesso a métodos contraceptivos de escolha para mulheres e casais - é essencial para que o bem-estar e a independência das mulheres sejam alcançados ao apoiar o saúde e desenvolvimento da comunidade.

A capacidade de uma mulher de espaçar e limitar sua gravidez, conforme Puglia (2020) tem consequências diretas para sua saúde e bem-estar. O planejamento familiar permite o espaçamento dos partos e permite adiar a gravidez em mulheres jovens, uma vez que as gestações precoces estão associadas a um alto risco de problemas de saúde e morte. Ajuda a prevenir gravidezes indesejadas, especialmente em mulheres mais velhas para quem os riscos associados à gravidez são aumentados.

Orshan (2010) complementa ao citar que o planejamento familiar permite que as mulheres queiram limitar o tamanho de suas famílias. Mulheres que têm mais de quatro filhos têm um risco aumentado de mortalidade materna. Ao reduzir as taxas de gravidez indesejada, o planejamento familiar ajuda a limitar a necessidade de abortos inseguros. Ou seja, pode impedir gravidezes e nascimentos muito próximos no tempo e que ocorram no momento errado, o que contribui para algumas das mais altas taxas de mortalidade infantil do mundo. Os bebês cujas mães morrem durante o parto também apresentam maior risco de morte e problemas de saúde.

Puglia (2020) explica que o planejamento familiar reduz o risco de gravidez indesejada entre mulheres vivendo com HIV, o que reduz o número de bebês e órfãos infectados. Além disso, os preservativos masculinos e femininos fornecem dupla proteção contra gestações indesejadas e doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.

Dias e Rocha (2009) comenta que o entendimento quanto aos métodos anticoncepcionais permite que as pessoas façam escolhas informadas sobre saúde sexual e reprodutiva. Representa uma chance para as mulheres melhorarem seu nível de educação e participarem da vida pública, inclusive no contexto de emprego remunerado em organizações não familiares. Além disso, ter menos filhos permite que os pais invistam mais em cada filho. As crianças que têm menos irmãos tendem a permanecer na escola por mais tempo do que outras.

O Quadro 3 apresenta os métodos contraceptivos modernos:

Quadro 3 - Métodos contraceptivos - Modernos

Métodos	Descrição	Como funciona	Eficácia	Observações
Contraceptivos orais e combinados	A pílula contém dois hormônios (um estrogênio e um progestágeno).	Previne a liberação de oócitos dos ovários (ovulação).	> 99% com uso correto e regular; 92% como comumente usado	Reduz o risco de câncer de endométrio ou ovário.
Implantes	Cápsulas moles que são colocadas sob a pele na parte superior do braço; eles contêm apenas progestina.	Engrossa o muco cervical, o que impede o esperma e o óvulo de se encontrarem, além de impedir a ovulação.	> 99%	Um profissional de saúde deve inserir e remover o implante; é eficaz por 3 a 5 anos, dependendo do tipo de implante; sangramento vaginal irregular é comum, mas não tem consequências para a saúde.
Contraceptivos injetáveis somente para progestágeno	Injeção intramuscular a cada 2 ou 3 meses, dependendo do produto.	Previne a liberação de oócitos dos ovários (ovulação).	> 99% com uso correto e regular	Atraso antes do retorno à fertilidade (1 a 4 meses) após a cessação; sangramento vaginal irregular frequente, mas

				sem consequências para a saúde.
Contraceptivos injetáveis mensais ou contraceptivos injetáveis combinados	Administrados por injeção intramuscular mensal, eles contêm estrogênio e progestina	Engrossam o muco cervical, o que impede que o esperma e o óvulo se encontrem e impede a ovulação.	> 99% com uso correto e regular	Sangramento vaginal irregular é comum, mas não tem consequências para a saúde
Patch contraceptivo combinado e anel contraceptivo intravaginal combinado	Dois hormônios são liberados continuamente (progesterona e estrogênio) diretamente através da pele (adesivo) ou do anel.	Previne a liberação de oócitos dos ovários (ovulação).	O adesivo e o anel são novos métodos e a pesquisa sobre sua eficácia é limitada. Estudos de eficácia mostram que esses métodos podem ser mais eficazes que os AOCs, tanto no uso diário quanto no uso correto e regular.	Comparado aos AOCs (anticoncepcionais orais combinado), o perfil farmacocinético e de segurança do adesivo e do anel apresenta formulações hormonais semelhantes.
Dispositivo intrauterino de cobre (DIU)	Pequena estrutura plástica flexível, parcialmente	O componente de cobre danifica o esperma e impede que ele	> 99%	Períodos mais longos e mais abundantes durante os primeiros meses

	coberta com mangas ou fio de cobre, inserida no útero	encontre o óvulo.		de uso são frequentes, mas sem consequências para a saúde; também pode ser usado como método contraceptivo de emergência.
Dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU)	Armação de plástico em forma de T inserida no útero que libera regularmente pequenas quantidades de levonorgestrel todos os dias.	Engrossa o revestimento cervical para bloquear a reunião do esperma e do óvulo.	> 99%	Com o tempo, esse método reduz a quantidade de sangue perdida durante a menstruação. Também limita cólicas menstruais e sintomas de endometriose. Causa amenorréia (ausência de sangramento menstrual) em alguns usuários.
Preservativos masculinos	Tampa ou bainha projetada para cobrir o pênis ereto de um homem	Forma um obstáculo que impede a entrada de esperma na vagina	98% com uso correto e regular 85% como comumente usado	Também protege contra infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o HIV.
Preservativos	Bainha flexível	Forma um	90% com uso	Também protege

femininos	provida de um anel em cada extremidade que é colocado na vagina da mulher; é feito de um filme plástico fino e transparente	obstáculo e impede que o esperma e o óvulo se encontrem	correto e regular 79% como comumente usado	contra infecções sexualmente transmissíveis, especialmente o HIV
Esterilização masculina (vasectomia)	Contracepção permanente que consiste em fechar ou cortar o ducto deferente que transporta o esperma dos testículos para o pênis	Impede que o esperma se misture com o esperma que será ejaculado	3 meses de espera antes que seja efetivo, ou seja, enquanto o esperma continuar a conter esperma; não afeta o desempenho sexual masculino; é essencial que a escolha desse método seja voluntária e feita com pleno conhecimento dos fatos	97-98% sem exame de sêmen
Esterilização feminina (ligação)	Contracepção permanente, que envolve	Os óvulos não podem se mover e,	> 99%	É essencial que a escolha desse método seja

tubária)	entupir ou cortar as trompas de falópio	portanto, não conseguem encontrar o esperma		voluntária e feita com pleno conhecimento dos fatos
Método de amamentação e amenorreia (LAM)	Método contraceptivo temporário para mães que ainda não retornaram do parto; a mãe deve praticar amamentação exclusiva, dia e noite, e seu bebê deve ter menos de seis meses de idade.	Impede a liberação de óvulos pelos ovários (ovulação)	99% com uso correto e regular 98% como comumente usado	Um método temporário de planejamento familiar baseado no efeito natural da amamentação na fertilidade
Contraceção de emergência (levonorgestrel 1,5 mg)	Pílula contendo apenas um progestogênio que ajuda a prevenir a gravidez se for tomada dentro de 5 dias após o sexo desprotegido.	Impede a ovulação	Se 100 mulheres usassem métodos contraceptivos de emergência contendo apenas progestina, a gravidez provavelmente ocorreria.	Não prejudica uma gravidez existente
Método de dias fixos	As mulheres monitoram seus períodos férteis (geralmente 8 a	Previne a gravidez, evitando sexo desprotegido	95% quando usado corretamente e regularmente.	Este método pode ser usado para determinar os dias férteis para as

	19 dias de cada ciclo de 26 a 32 dias) usando o colar Cycle Beads ou outra ferramenta.	com penetração vaginal na maioria dos dias férteis.	88% na prática atual	mulheres que desejam engravidar e para as que desejam evitar a gravidez.
Método da temperatura basal	A mulher mede a temperatura no mesmo horário todas as manhãs antes de se levantar, procurando um aumento de 0,2 a 0,5 ° C.	Previne a gravidez, evitando sexo desprotegido com penetração vaginal durante dias férteis.	99% de eficiência quando usado corretamente e regularmente. 75% de eficácia de métodos baseados no conhecimento de fertilidade na prática atual (Trussell, 2009).	O uso correto e regular requer a cooperação do parceiro. Se a temperatura basal aumentasse e permanecesse elevada por três dias completos, a ovulação ocorreria e o período fértil terminaria. O sexo pode retomar no quarto dia, até o próximo período.
Método de dois dias	A mulher monitora seus períodos férteis observando a presença de muco cervical (qualquer que seja sua cor ou consistência).	Previne a gravidez, evitando sexo desprotegido com penetração vaginal na maioria dos dias férteis.	96% de eficiência quando usado corretamente e regularmente. 86% na prática usual ou atual .	Este método é difícil de usar se a mulher tiver uma infecção vaginal ou outra condição que altere o muco cervical. O sexo desprotegido pode retomar após dois dias consecutivos sem secreções.

Método sintomático-térmico	A mulher monitora seus períodos férteis, observando a evolução de seu muco cervical (textura clara), sua temperatura (leve aumento) e a consistência do colo do útero (amolecimento).	Previne a gravidez, evitando sexo desprotegido com penetração vaginal na maioria dos dias férteis.	98% de eficiência quando usado corretamente e regularmente. 98% da eficácia declarada na prática atual	Este método deve ser usado com cautela após um aborto, ao redor da menarca ou da menopausa, bem como em situações em que a temperatura pode subir.
----------------------------	---	--	---	--

Fonte: (ORSHAN, 2010, p.320).

O Quadro 4 demonstra os métodos contraceptivos tradicionais:

Quadro 4 - Métodos contraceptivos - Tradicionais

Método	Descrição	Como funciona	Eficácia	Observações
Método de calendário ou método de ritmo	A mulher acompanha a evolução do seu ciclo menstrual ao longo de seis meses, subtrai 18 da duração do seu ciclo mais curto (estimativa do	O casal evita a gravidez evitando relações sexuais desprotegidas com penetração vaginal entre o primeiro e o último dos	91% de eficiência quando usado corretamente e regularmente. 75% na prática atual	Este método pode exigir adaptações ou pode ser usado com cautela ao tomar medicamentos (por exemplo, ansiolíticos, antidepressivos, anti-

	primeiro dia fértil) e subtrai 11 da duração do seu ciclo mais longo (estimativa do último dia fértil)	dias férteis estimados, por abstinência ou uso de preservativo.		inflamatórios não esteróides ou certos antibióticos) que podem afetar o tempo da ovulação.
Retirada (coito interrompido)	O homem retira seu pênis da vagina de seu parceiro e ejacula fora da vagina, impedindo que o esperma entre em contato com os órgãos genitais externos da mulher.	Impede a entrada de esperma no corpo da mulher e, portanto, a fertilização.	96% com uso correto e regular 73% na prática atual	Esse é um dos métodos menos eficazes, pois muitas vezes é difícil determinar o momento certo para a remoção, o que leva a um risco de ejaculação dentro da vagina.

Fonte: (ORSHAN, 2010, p.319).

Puglia (2020) inteira que as taxas de fertilidade e o crescimento populacional influenciam o desenvolvimento econômico. Os declínios acentuados na fertilidade observados em alguns países em desenvolvimento foram acompanhados pela desaceleração do crescimento populacional, o que por sua vez forneceu uma janela de oportunidade para o rápido crescimento econômico.

2.1. A escolha de um método contraceptivo

A escolha de um método contraceptivo adequado deve levar em consideração a situação clínica e pessoal da pessoa, preferências, bem como possíveis contra-indicações e

tolerância.

Este documento resume os principais dados públicos usados para caracterizar cada um dos métodos contraceptivos seguros e eficazes, a fim de permitir que o profissional de saúde proponha o método mais adequado ao perfil do paciente que solicita contracepção.

A pesquisadora não realizou nenhuma nova avaliação para preparar este documento, porém, o mesmo é baseado principalmente em resumos das características e também sobre recomendações para a prática clínica e opiniões das autoridades de saúde. A pesquisa documental se concentrou em avaliações tecnológicas e relatórios de saúde pública publicados desde 2004.

Com exceção do preservativo, nenhum dos métodos contraceptivos descritos neste documento protege contra infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), especialmente contra a infecção pelo HIV. Se houver risco de contaminação e, para reduzi-lo, o uso correto e sistemático de um preservativo é fortemente recomendado, além de todos esses métodos de contracepção.

De acordo com Brandt, Burci e Oliveira (2018) o preservativo masculino é o único método que demonstrou ser eficaz na prevenção da transmissão de infecções transmitidas por via sexual. Seu uso deve ser recomendado assim que as práticas sexuais o exporem ao risco de IST's devido à existência de vários parceiros, relacionamentos casuais ou à ausência de um relacionamento estável (especialmente em adolescentes).

Todos os anticoncepcionais contraceptivos são considerados eficazes pela OMS (2019) com uma taxa de gestações indesejadas por 100 mulheres durante o primeiro ano de uso correto e regular de menos de 1.

- Contracepção hormonal estroprogestativa - Geral:

Brandt, Burci e Oliveira (2018) comentam que todos os contraceptivos estrogênio-progestina expõem a paciente um risco tromboembólico venoso e arterial:

- o risco de trombose venosa aumenta com os contraceptivos orais de 3ª geração contendo gestodeno e desogestrel em comparação com os contraceptivos orais de 1ª e 2ª geração que contêm menos de 50 µg de etinilestradiol; de acordo com Brandt, Burci e Oliveira (2018), o risco tromboembólico de contraceptivos orais contendo norgestimato é da mesma ordem que o de 1ªG e 2ªG: em mulheres saudáveis sem fator de risco, esse risco estimado é de 0,05 a 0,07% por um com 2ªG contendo menos de 50 µg de etinilestradiol; com 3ªG contendo gestodeno ou desogestrel, é de 0,09 a 0,12% ao ano (ou seja, 9 a 12 acidentes em vez de 5 a 7 por ano para 10.000 usuários). Esse risco aumenta durante o primeiro ano de uso e diminui com a duração do uso de contraceptivos, mas a diferença entre 3ªG contendo gestodeno ou desogestrel e 1ª/

2ªG persiste ao longo do tempo;

- contraceptivos orais estrogênio-progestogênio (COEP) contendo drospirenona e o adesivo transdérmico (EVRA) - segundo Marinho e Sampaio (2019), apresentam um risco tromboembólico em comparação com 2ªG da mesma ordem que a 3ªG; o anel vaginal (Nuvaring) está associado a um risco de trombose venosa pelo menos idêntico ao observado em usuários de COEP de segunda geração;

- o risco de acidente vascular cerebral (AVC) por trombose arterial, ataque isquêmico transitório (AIT), infarto do miocárdio (IM), angina etc., de acordo a Marinho e Sampaio (2019), é da mesma ordem para todos os contraceptivos estrogênio-progestina orais. Como precaução, considera-se que esse risco é da mesma ordem para as outras vias de administração (adesivo transdérmico, anel vaginal).

- Bouzas e Takey (2013) comentam que de acordo a um estudo realizado pela Health Insurance em colaboração com a ANSM, o risco de tromboembolismo venoso e arterial varia de acordo com a dose de etinilestradiol contida no estroprogestativo contraceptivo oral, sendo as menores dosagens associadas aos estrogênios com menor risco.

Conforme explicado por Lange (2011) outros efeitos colaterais são da mesma ordem, independentemente do tipo e dose de estrogênio ou progestina e da via de administração. Lange (2011) também comenta que a maioria das contra-indicações (presença ou história - pessoal ou familiar - de trombose, fatores de risco cardiovascular, enxaqueca, câncer dependente de hormônios etc.) deve ser respeitada, independentemente da via de administração.

Albernaz (2016) elucida que antes de qualquer prescrição ou renovação de um estrogênio-progestogênio contraceptivo, o prescritor deve realizar um interrogatório aprofundado e procurar histórico pessoal e familiar, fatores de risco e contra-indicações.

- Contracepção hormonal estroprogestativa - Oral

Brito, Nobre e Vieira (2012) explicam que a eficácia contraceptiva dos COEPs resulta de três ações complementares:

- inibição da ovulação no eixo hipotálamo-hipófise;
- modificação do muco cervical que se torna impermeável à migração de espermatozoides;
- modificação do endométrio, que se torna inadequado para implantação.

Brito, Nobre e Vieira (2012) ainda argumentam que tendo em vista os dados científicos disponíveis e tendo em vista a existência de alternativas, o serviço médico prestado pelos chamados COEPs de terceira geração era insuficiente (parecer da Comissão de Transparência, 2012).

Consequentemente, de acordo a Lubianca e Wannmacher (2012) os 1^aG / 2^aG com menor dose de etinilestradiol devem ser preferidos quando se prescreve um contraceptivo oral pela primeira vez. Os autores também comentam que o risco de tromboembolismo venoso não justifica uma interrupção abrupta de um 3^aG que era anteriormente bem tolerado. No final da prescrição atual, segundo Lubianca e Wannmacher (2012), o prescritor considerará com a mulher que já está em 3^aG o método contraceptivo mais apropriado para ela (outro contraceptivo oral, dispositivo intra-uterino, etc.)

Albernaz (2016) preleciona que todos os contraceptivos orais estrogênio-progestinas (COEP) apresentam eficácia comparável geral. Seu índice de Pearl em ensaios clínicos está entre 0 e 0,7. A eficácia dos COEPs pode, no entanto, diminuir em caso de esquecimento de ingestão, vômito ou diarreia grave, ou quando certos tratamentos estão associados a eles.

No que se refere aos contraceptivos orais combinados (COCs), Brito, Nobre e Vieira (2012) afirmam que os mesmos não devem ser usados nas condições listadas abaixo. Se alguma dessas condições ocorrer ao tomar um COC, o uso de contraceptivos orais deve parar imediatamente:

- Presença ou histórico pessoal ou familiar de trombose venosa (trombose venosa profunda, flebite profunda, embolia pulmonar) com ou sem fator desencadeante;
- Presença ou histórico pessoal ou familiar de trombose arterial (por exemplo, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio) ou sinais precoces de trombose (por exemplo, angina, ataque isquêmico transitório);
- presença de um fator de risco grave ou de vários fatores de risco para trombose venosa ou arterial, em particular: doença cardíaca valvular, distúrbios do ritmo trombogênico, diabetes complicada por micro ou macro-angiopatia, diabetes desequilibrada, pressão alta, dislipoproteinemia grave.
- predisposição hereditária ou adquirida a trombooses venosas ou arteriais, como resistência à proteína C ativada, deficiência de antitrombina III, proteína C, proteína S, hiperhomocisteinemia e síndrome do anticorpo antifosfolípide (anticorpo anti-cardiolipina, anticoagulante lúpico);
- história de enxaqueca com sinais neurológicos focados, como aura; sintomas primários de dor de cabeça de enxaqueca ou início mais frequente de dor de cabeça excepcionalmente aguda; enxaqueca acompanhada de distúrbios da sensação, percepção ou movimento (enxaqueca acompanhada);
- Distúrbios motores (especialmente paresia);
- ataque repetido de epilepsia;

- operações cirúrgicas planejadas (com pelo menos 4 semanas de antecedência) e durante o período de imobilização, por exemplo, após um acidente (em particular gesso);
- Distúrbios do metabolismo lipídico;
- Dor epigástrica aguda, aumento do fígado ou sintomas de hemorragia intra-abdominal;
- Tumores da hipófise;
- Presença ou histórico de doença hepática grave, na ausência de normalização dos testes de função hepática (também doença de Dubin-Johnson, doença de Rotor, distúrbios do fluxo biliar);
- pancreatite ou histórico de pancreatite associada a hipertrigliceridemia grave;
- Sangramento vaginal de etiologia desconhecida;
- hiperplasia endometrial;
- amenorreia inexplicável;
- Insuficiência renal grave ou aguda;
- depressão severa;
- histórico de otosclerose durante gestações anteriores;
- hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes;

Os principais efeitos colaterais, consoante a Brito, Nobre e Vieira (2012) são:

1. Risco de tromboembolismo arterial e venoso: segundo Lubianca e Wannmacher (2012), é por isso que qualquer prescrição de COC deve ser precedida de uma busca por fatores de risco pessoais ou familiares para trombose.

2. Outros efeitos colaterais

Os dados da literatura relatam um aumento potencial no risco de tumores da mama, cervical câncer e fígado benigno. Esses cânceres são incomuns nas faixas etárias mais jovens, mas aumentam com a idade. Por outro lado, contracepção estroprogestativo oral tem efeitos benéficos em potencial na ocorrência de câncer endometrial, ovariano e colorretal.

Lubianca e Wannmacher (2012) comentam que o tratamento deve ser interrompido em caso de:

- Aumento significativo da pressão arterial em pacientes com histórico de pressão alta,
- início ou exacerbação da enxaqueca ou aparecimento de dor de cabeça incomum, recorrente, persistente ou grave.

Contracepção hormonal estroprogestativa - Transdérmica

Pardini (2014) esclarece que o principal mecanismo de ação destes adesivos (patch) é a inibição da ovulação pela inibição das gonadotrofinas; alterações no muco cervical e no

endométrio também podem contribuir para sua eficácia. Pardini (2014) adiciona que o EVRA, como é chamado fora dos USA, é indicado para mulheres em idade fértil. A segurança e a eficácia foram estabelecidas em mulheres de 18 a 45 anos. A eficácia contraceptiva do EVRA pode ser reduzida em mulheres com peso igual ou superior a 90 kg.

De acordo com Pardini (2014), o risco de evento tromboembólico venoso associado ao uso de EVRA é semelhante ao observado com contraceptivos orais combinados de 3ª ou 4ª geração e dobrou em comparação com as mulheres que usam contraceptivos orais combinados de 2ª geração, com base no levonorgestrel. A autora ainda clarifica que o uso de contraceptivos orais combinados de primeira e segunda geração contendo levonorgestrel deve ser preferido como tratamento de primeira linha, quando a contracepção combinada tiver sido escolhida.

No entanto, segundo Lima, Vaz e Partata (2011), o risco de tromboembolismo venoso não justifica a interrupção abrupta do EVRA se o adesivo for bem tolerado em uma usuária por um longo período. No final da prescrição atual, o prescritor considerará, com a mulher que já está em EVRA, o método mais apropriado para ela (outro contraceptivo combinado, dispositivo intrauterino, etc.).

Lima, Vaz e Partata (2011) explicam que o índice de Pearl varia entre 0,72 e 0,90, dependendo do método de cálculo em ensaios clínicos (falhas no método ou índice total) e que o EVRA é um adesivo que deve ser aplicado e mantido no local por uma semana inteira (7 dias), três semanas sucessivas, seguidas por 1 semana sem adesivo. Outra recomendação ressaltada pelas autoras é que o EVRA deve ser aplicado em peles limpas, secas, saudáveis, intactas e sem pelos, nas nádegas, abdômen, fora da parte superior do braço ou do tronco, onde não sofrerá nenhum atrito devido a roupas apertadas. EVRA não deve ser colocado sobre os seios ou sobre a pele vermelha, irritada ou picada.

Pardini (2014) adiciona que cada novo adesivo deve ser colocado na pele em um local diferente do anterior, para evitar possíveis irritações. No caso de descolamento completo ou parcial do EVRA, sua eficácia pode ser comprometida.

Segundo Pardini (2014) no que se refere a contraindicações, o adesivo não deve ser utilizado em nenhuma das seguintes condições. Se alguma dessas condições ocorrer durante o uso, o EVRA deve ser removido imediatamente:

- hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos excipientes;
- Presença ou histórico de trombose venosa, com ou sem embolia pulmonar;
- presença ou histórico de trombose arterial (por exemplo, acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, trombose da retina) ou trombose prodrômica (por exemplo, angina de peito ou ataque isquêmico transitório);

- enxaqueca com aura focal;
- presença de fator (s) risco grave ou múltiplo para a ocorrência de trombose arterial:
 - *hipertensão grave (valores persistentes da pressão arterial ≥ 160 mm Hg para sistólica ou ≥ 100 mm Hg para diastólica);
 - *diabetes com doença vascular, dislipoproteinemia hereditária;
 - *provável predisposição hereditária à trombose venosa ou arterial, como resistência à proteína C ativada (PCa), deficiência de antitrombina III, deficiência de proteína C, deficiência de proteína S, hiper-homocisteinemia e anticorpos antifosfolípidos (anticorpos anticardiolipina, anticoagulante lúpico),
 - câncer de mama comprovado ou suspeito;
 - câncer endometrial comprovado ou suspeito ou outra neoplasia relacionada ao estrogênio;
 - função hepática anormal relacionada a doença hepatocelular aguda ou crônica;
 - adenomas ou carcinomas hepáticos;
 - hemorragia genital anormal inexplicável.

Os principais efeitos colaterais, de acordo com Machado, Melo e Poli (2015), o risco de trombose venosa com o adesivo transdérmico é da mesma ordem que o observado com os COEPs de terceira e quarta geração. Como precaução, consideramos que o risco de trombose arterial com o adesivo é da mesma ordem que o do COEP.

- Contraceção hormonal estrogestativa - Vaginal: Machado, Melo e Poli (2015) comentam que apenas um anel contraceptivo vaginal contraceptivo está disponível e que seu efeito se baseia principalmente na inibição da ovulação.

Cwiak e Berga (2018) citam que esse método de contracepção se destina a mulheres em idade fértil. Segurança e eficácia foram estabelecidas em mulheres de 18 a 40 anos. As autoras adicionam que o índice de Pearl está entre 0,64 e 0,96, dependendo do método de cálculo em ensaios clínicos (falhas no método ou índice total). Cwiak e Berga (2018) explanam que o anel vaginal que deve ser mantido no local continuamente por 3 semanas, seguido por 1 semana sem anel e que o médico deve explicar à mulher como colocar e tirar o anel. Os literatos adicionam ao comentar que o efeito contraceptivo do anel é garantido.

No que se refere as contraindicações, tanto Lima, Vaz e Partata (2011) quanto Cwiak e Berga (2018), elucidam que o anel não deve ser usado nas condições mencionadas abaixo. Se uma dessas situações aparecer pela primeira vez durante o uso do NUVARING, ela deverá ser removida imediatamente no caso de:

- Presença ou histórico de trombose venosa, com ou sem embolia pulmonar;

- presença ou histórico de trombose arterial (por exemplo: acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio) ou sinais de alerta de trombose (por exemplo: angina, ataque isquêmico transitório);

- Fatores de risco conhecidos para trombose venosa ou arterial, com ou sem fatores hereditários

- história de enxaqueca com sintomas neurológicos focais;

- diabetes complicado com envolvimento vascular;

- Presença de fator (s) de risco sério ou múltiplo para trombose venosa ou arterial;

- Presença ou histórico de doença hepática grave até a normalização dos parâmetros da função hepática;

- pancreatite ou história de pancreatite, especialmente se associada a hipertrigliceridemia grave;

- Presença ou histórico de tumores hepáticos (benignos ou malignos);

- diagnóstico ou suspeita de doenças malignas dependentes de hormônios dos órgãos genitais ou da mama;

- Sangramento genital não diagnosticado;

- Contraceção hormonal progestogênio - Oral: de acordo a Barros e Barros (2009) existem duas especialidades, denominadas de Desogestrel (fármaco usado em contraceptivos hormonais de 3ª geração. Se trata de uma forma sintética do hormônio progesterona) e Levonorgestrel (fármaco usado em contraceptivos hormonais de 2ª geração. É um tipo de progesterona sintética).

Duncan, Schmidt e Giugliani (2014) explicam que o desogestrel (cerazette) funciona induzindo um aumento na viscosidade do muco cervical e inibindo a ovulação, enquanto o Levonorgestrel (microval) funciona induzindo um aumento na viscosidade do muco cervical.

Relacionado a eficácia, Barros e Barros (2009) argumentam que:

O desogestrel e genéricos apresentam o índice Pearl (índice total) de 0,4, se o tempo necessário para tomar um comprimido esquecido for menor ou igual a 3 horas. A eficácia dos progestágenos orais pode diminuir em caso de perda de uma pílula, vômito ou diarreia grave, ou quando certos tratamentos forem utilizados.

Duncan, Schmidt e Giugliani (2014) comentam que um comprimido deve ser tomado aproximadamente à mesma hora todos os dias, sem interrupção e que a tolerância ao esquecimento do desogestrel é de 12 horas, assim como dos contraceptivos orais de baixa dose de estrogênio e progestogênio.

No que tange ao Levonorgestrel, Duncan, Schmidt e Giugliani (2014) explicam que o

índice de Pearl está em torno de 1. A eficácia dos progestágenos orais pode diminuir em caso de perda de uma pílula, vômito ou diarreia grave, ou quando certos tratamentos forem utilizados. Os autores ainda adicionam que, um comprimido deve ser tomado diariamente, sem interrupção, em um horário fixo, de modo que o intervalo entre tomar dois comprimidos seja sempre de 24 horas. A tolerância ao esquecimento do Levonorgestrel é de 3 horas.

Barros e Barros (2009) explicam que os contraceptivos apenas progestágenos não devem ser utilizados na presença de uma das situações listadas abaixo. Se algum destes ocorrer pela primeira vez durante o uso, esses medicamentos devem ser parados imediatamente.

Desogestrel, segundo Barros e Barros (2009):

- hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes;
- Eventos tromboembólicos venosos ativos;
- Presença ou histórico de doença hepática grave, desde que os parâmetros da função hepática não sejam normalizados;

- tumores malignos sensíveis a esteroides sexuais conhecidos ou suspeitos;

Sangramento genital inexplicável;

Levonorgestrel, segundo Barros e Barros (2009):

- hepatite e histórico recente de hepatite;
- insuficiência hepática;
- câncer de mama ou histórico pessoal de câncer de mama;
- câncer endometrial;
- hipersensibilidade ao levonorgestrel ou a qualquer um dos componentes do Levonorgestrel;

- adenoma hepático ou carcinoma;
- Sangramento genital não diagnosticado;
- eventos tromboembólicos venosos ativos.

- Contraceção hormonal progestogênica - subcutânea

Katzung e Trevor (2017) comentam que atualmente, apenas um subcutâneo contraceptivo específico para progestina está disponível, o etonogestrel NEXPLANON. Ainda Katzung e Trevor (2017) explanam que o efeito contraceptivo de etonogestrel é principalmente devido a uma inibição da ovulação. Essa especialidade também atua modificando o muco cervical, o que dificulta a passagem de espermatozoides.

No que se refere à indicação de uso, Katzung e Trevor (2017) relatam que estudos apresentaram eficácia em mulheres entre 18 e 40 anos e agindo como uma segunda linha, em mulheres com contra-indicação ou intolerância a contraceptivos estrogênio-progestina e

dispositivos intra-uterinos ou em mulheres com problemas de adesão à contracepção oral; o uso deste método contraceptivo permite aliviar as restrições relacionadas ao cumprimento da ingestão.

Katzung e Trevor (2017) elucidam que as contraindicações de uso se dão nos seguintes aspectos:

- acidente tromboembólico venoso ativo;
- tumores malignos, conhecidos ou suspeitos, sensíveis a esteroides sexuais;

Presença ou histórico de tumores hepáticos (benignos ou malignos);

Presença ou histórico de doença hepática grave, desde que os parâmetros da função hepática não tenham sido normalizados;

Sangramento genital não diagnosticado;

- hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer um dos excipientes do produto.

- Contracepção hormonal progestina - Injetável: segundo Borges, Colomo e Sato (2018) até o momento, apenas uma injeção contraceptiva exclusiva de progestágeno está disponível. Acetato de medroxiprogesterona - DEPO PROVERA.

Os autores também comentam que o efeito contraceptivo está ligado:

- inibição da ovulação por ação antigonadotrópica;
- uma mudança no muco cervical, tornando-o inadequado para a passagem de espermatozoides;
- inibição da implantação no endométrio.

- Dispositivo intrauterino de cobre: Lopes (2016) orienta que esse tipo de dispositivo intrauterino (também chamado de DIU) é inserido na cavidade uterina e fornece contracepção reversível a longo prazo. Segundo o autor, um DIU de cobre consiste em um suporte plástico opaco por rádio, com braços laterais flexíveis, ao redor dos quais um fio de cobre é enrolado.

Lopes (2016) preleciona que a superfície de cobre é de 375 ou 380 mm², dependendo dos dispositivos. Uma linha de nylon presa ao suporte permite o controle da presença e remoção do dispositivo. Estão disponíveis vários tamanhos para se adaptar à altura da cavidade uterina. A duração máxima da eficácia varia de 4 a 10 anos, dependendo dos dispositivos. Lopes (2016) ainda comenta que, para registro, alguns DIUs de cobre são indicados na contracepção de emergência como um método de recuperação após o sexo desprotegido.

A eficácia, consoante a Borges, Colomo e Sato (2018), é de gestações indesejadas no primeiro ano de uso menor que 1; e 0,6% em uso correto e regular e aumenta para 0,8% no uso atual. Os autores explicam que não há diferença significativa na eficácia contraceptiva entre um DIU de superfície de cobre superior a 250 mm² e o DIU levonorgestrel.

Segundo a OMS (2019) as contraindicações absolutas para o encaixe de um DIU de cobre são:

- qualquer gravidez suspeita ou comprovada;
- Infecção puerperal pós-parto;
- pós-aborto: imediatamente após um aborto séptico;
- doença inflamatória pélvica em andamento;
- cervicite purulenta em andamento, infecção por clamídia ou doença gonocócica em andamento;
- tuberculose geniturinária comprovada;
- sangramento vaginal inexplicável (suspeita de condição médica séria);
- doença trofoblástica gestacional maligna;
- câncer cervical;
- câncer endometrial;
- qualquer anomalia anatômica uterina congênita ou adquirida que resulte em deformação da cavidade uterina de tal forma que é impossível inserir um DIU;
- miomas uterinos com deformação da cavidade uterina;
- hipersensibilidade ao cobre ou a qualquer componente do dispositivo.

A OMS (2019) complementa ao citar que não é recomendável ter um DIU:

- no período pós-parto entre 48 horas e 4 semanas após o parto;
- quando a mulher corre um risco maior de infecções sexualmente transmissíveis.

- Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel: Lopes (2016) explica que dois dispositivos intrauterinos de levonorgestrel (também chamados de DIU) estão atualmente disponíveis, Mirena (52,00mg) e Jaydess (13,5mg). Esses dispositivos são inseridos na cavidade uterina e proporcionam contracepção reversível a longo prazo.

De acordo com Lopes (2016) o mecanismo de ação dos dispositivos intrauterinos de levonorgestrel baseia-se principalmente em alterações seguinte:

- espessamento do muco cervical, impedindo a passagem cervical de espermatozoides;
- efeito local do DIU no endométrio e prevenção da proliferação do endométrio, que pode constituir um terreno hostil aos muitos fenômenos envolvidos no mecanismo reprodutivo.

No que se refere a indicações, Lopes (2016) orienta que o Mirena é indicado em Menorragia funcional (após investigação e eliminação de causas orgânicas detectáveis) com índice de Pearl de 0,2 e a taxa acumulada de falhas com cerca de 0,7% em 5 anos; permanecendo eficaz por 5 anos. Tangente ao Jaydess, o uso se deve dar por um período máximo de 3 anos,

tendo o índice de Pearl em 1 ano, de 0,41 e em 3 anos de 0,33. A taxa de falha acumulada é de aproximadamente 0,9% aos 3 anos.

Katzung e Trevor (2017) orientam que os dispositivos intra-uterinos de levonorgestrel não devem ser utilizados nas seguintes circunstâncias:

- gravidez suspeita ou comprovada;
- doença inflamatória pélvica, em andamento, recente ou recorrente (pelviperitonite, endometrite, salpingite) ou condições associadas a um risco aumentado de infecções pélvicas;
- baixa infecção genital (cervicite, vaginite, etc.);
- Endometrite pós-parto;
- displasia cervical;
- histórico de aborto séptico nos últimos 3 meses;
- condição médica associada ao aumento da suscetibilidade a infecções;
- Sangramento vaginal anormal de etiologia desconhecida;
- anomalias congênitas ou adquiridas do útero, em particular fibromiomas suscetíveis de perturbar a colocação ou retenção no lugar do dispositivo intrauterino (se deformarem a cavidade uterina);
- Doença maligna do colo do útero ou do corpo uterino;
- tumores sensíveis a progestinas, por exemplo, câncer de mama;
- Doença hepática aguda ou tumor hepático;
- hipersensibilidade ao levonorgestrel ou a qualquer um dos componentes do dispositivo.

Preservativo masculino: Segundo a OMS (2019), entre os métodos contraceptivos menos eficazes, o preservativo masculino garante a menor taxa de gravidez, seja em uso correto e regular ou no uso atual. Ele deve ser usado em cada relação sexual e sua eficácia depende da cooperação entre os parceiros.

Helito e Kauffman (2014) prelecionam que o preservativo masculino é um método de barreira. Como outros métodos de barreira, apresenta um alto risco de falha contraceptiva no uso diário; não pode ser recomendado como tal para um único objetivo contraceptivo, mas pode ser escolhido de acordo com as preferências das pessoas. Os literatos ainda explanam que, seu uso é recomendado na ausência de um parceiro estável ou em um método de substituição a ser mantido disponível em caso de inacessibilidade ocasional ou falta de adesão a um método hormonal.

Machado e Melo (2015) explanam que, dados os riscos de quebra e escorregamento dos preservativos, recomenda-se também que mulheres e homens que os usem como método

contraceptivo exclusivo sejam informados sobre os riscos de possíveis gestações e as possibilidades de contracepção para recuperar o atraso e as modalidades de 'acesso a esses diferentes métodos (não havendo um disponível). Ainda Machado e Melo (2015) comentam que o preservativo é o único método que provou ser eficaz na prevenção da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis. Seu uso deve ser recomendado assim que as práticas sexuais o exporem ao risco de IST devido à existência de vários parceiros, relacionamentos casuais ou à ausência de um relacionamento estável (especialmente em adolescentes).

De acordo com a OMS (2019) dentre os métodos contraceptivos menos eficazes se enquadram os seguintes:

- preservativos femininos;
- Espermicidas;
- o diafragma com espermicida;
- capuz cervical;
- os chamados métodos "naturais": método de ovulação, dois dias, dias fixos, retirada,

etc.

- Métodos de esterilização: Hoffman e Schorge (2014) comentam que a esterilização é a supressão deliberada da fertilidade sem afetar outras funções sexuais ou endócrinas. Em outras palavras, os métodos usados para esterilizar mulheres (laparoscopia, histeroscopia e minilaparotomia) são procedimentos que prejudicam o fluxo nas trompas de Falópio, que transportam o óvulo dos ovários ao útero.

a) Esterilização feminina: Hoffman e Schorge (2014) elucidam que a esterilização feminina é indicada para mulheres adultas em idade fértil que desejam contracepção permanente e se destinam a ser irreversíveis. O OMS (2019) ressalta que se os riscos associados à esterilização prevalecem sobre os benefícios, outros métodos contraceptivos de longo prazo altamente eficazes devem ser preferidos.

b) Esterilização masculina: Hoffman e Schorge (2014) ensinam que a esterilização masculina por vasectomia bloqueia o ducto deferente que transporta espermatozoides dos testículos. O ejaculado (sêmen), portanto, não contém mais espermatozoides e o óvulo produzido pela mulher não pode ser fertilizado para iniciar a gravidez.

Os autores afirmam que a vasectomia é a única técnica de esterilização masculina:

- ligação, corte ou ressecção unilateral ou bilateral do ducto deferente, por via transcutânea;
- ligadura unilateral ou bilateral, seção ou ressecção do ducto deferente, por abordagem escrotal

Lopes (2016) discorre que a esterilização masculina é realizada em 2 estágios principais, mais frequentemente sob anestesia local: isolamento e exteriorização dos vasos deferentes e oclusão do ducto deferente. Ainda Lopes (2016) adverte que a esterilização masculina é indicada apenas em homens que desejam uma forma permanente de contracepção e que sejam irreversíveis. De acordo a OMS (2019) não há razão médica que impeça formalmente uma pessoa a ser esterilizada.

3 PLANO OPERATIVO

1. OBJETO DA INTERVENÇÃO:

Este estudo tem como foco a realidade da Unidade Básica de Saúde de Sebastião Barros, no estado do Piauí

2. OBJETIVOS:

Conforme anteriormente apontado, o objetivo deste estudo é o desenvolvimento de um plano estratégico e de ação (intervenção e cognição) apoiando a disseminação do uso de métodos anticoncepcionais no município de Sebastião Barros. Para tanto, foi elaborado um projeto de intervenção para ser implementado pela equipe da UBS com o intuito de combater e minimizar o problema denominado ausência de informação quanto aos métodos anticoncepcionais, indicações e uso.

3. Elaboração da Planilha de Intervenção:

O Quadro 5 apresenta ações do tipo beta para enfrentamento do problema priorizado.

Quadro 5 - Plano de Ação UBS SB

SITUAÇÃO PROBLEMA	OBJETIVOS	METAS/ PRAZOS	AÇÕES/ ESTRATÉGIAS	RESPONSÁVEIS
Desinformação da população no que se refere a multiplicidade de métodos contraceptivos	População mais consciente no que se refere a todos os métodos	Atingir com informação o máximo de pacientes e moradores de SB /	Rodada mensal de conversas com os pacientes e população.	Médicos/ Enfermeiros/ Téc.de Enfermagem

	contraceptivos existentes e a indicação ideal dos métodos, mediante a necessidade e possibilidade de cada cidadão.	Prazo contínuo para a população e 02 meses para capacitação dos profissionais	Campanhas educativas, e avaliação sobre o nível de informação da população	Médico, Enfermeiro, Téc. de Enfermagem e Agente comunitário
Desconhecimento da população masculina quanto a todas as possibilidades de métodos contraceptivos.	Inclusão Masculina. Aumentar o nível de conhecimento masculino. Os homens precisam entender as opções disponíveis para contracepção e as implicações das diferentes opções. Eles podem optar por ajudar o parceiro a aplicar contracepção, ou considerar	Inclusão masculina e quebra de paradigmas no que se refere ao tema / Prazo: semestral para a população e 02 meses para capacitação dos profissionais	- Cartazes visíveis na UBS e panfletos para distribuir na UBS e para o máximo possível de homens. Campanhas educativas, e avaliação sobre o nível de informação da população	Agente comunitário Médico, Enfermeiro, Téc. de Enfermagem e Agente comunitário (nas visitas)

	o uso de preservativos masculinos ou fazer uma vasectomia.			
--	--	--	--	--

Fonte: Autoria própria.

4 PROPOSTA DE ACOMPANHAMENTO DO PLANO

O plano operativo proposto para a UNB SB seguiu algumas etapas de acordo com Campos, Faria e Santos (2010). As etapas são as seguintes: identificação dos problemas, priorização dos problemas elencados na UBS, observação das ocorrências eleitas para análise, explicação do problema e, por conseguinte mediante a identificação dos nós críticos, a presença de fatores de riscos.

Um dos propósitos dentro do plano operativo foi a implementação de medidas para que os pacientes e a população possam compreender e fazer o uso adequado dos métodos anticoncepcionais, sendo proposto o cumprimento das rodadas mensais de conversas informativas, orientações referente ao tema dentro das consultas, avaliação cognitiva no que tange ao assunto e, ênfase quanto a capacitação dos agentes de saúde sobre temas gerais relacionados a métodos contraceptivos, para que atuem como propagadores de conhecimento nas visitas domiciliares, a ponto de proporcionarem adequada orientação aos pacientes e aos familiares.

Adicionado a tais tópicos inerentes ao plano de ação, somar a realização de reuniões quinzenais com a equipe para apurar o andamento da implementação do plano e incorporá-los às atividades que serão realizadas.

5 CONCLUSÃO

Este objeto evidencia que a cognição referente a métodos contraceptivos ainda é exígua, um tabu para alguns, e que ações devem ser consideradas para uma maior disseminação do conhecimento, com maior relevância e importância no tocante ao uso adequado e as vantagens quanto ao uso.

Através do plano de operativo / intervenção proposto à Unidade Básica de Saúde Sebastião de Barros, expecta-se que os pacientes da unidade e a população em geral, possam adicionar em suas vidas o entendimento quanto aos benefícios relacionados a possibilidade do emprego dos métodos contraceptivos disponíveis, gerando maior aderência ao uso, além da possibilidade de usufruir de melhores condições para o bem-estar como indivíduo.

Este estudo constata e valida o valor e relevância do trabalho em equipe, da qualificação e sociabilização dos integrantes da equipe para concretizar, de maneira ajustada, ações de educação em saúde que possibilitem a adesão dos pacientes e população em geral em rotinas saudáveis e padrões preventivos.

6. REFERÊNCIAS

- ALBERNAZ, A. P. **Hormônios: da prescrição médica à terapia individualizada** . Revista Uningá, Maringá, v.28, n.3, p.1-15, 2016..
- ARNALDO, C.; CAU, B. **Planeamento familiar e políticas de saúde sexual e reprodutiva**. Moçambique: Cepsa, 2019. 279p.
- BARROS, H. M. T.; BARROS, E. **Medicamentos na prática clínica**. Rio de Janeiro: Artmed, 2009. 938p.
- BETTINELLI, L. A.; PASQUALOTT, A.; PORTELLA, M. R. **Envelhecimento Humano: Desafios E Perspectivas**. Passo Fundo: UPF, 2004. 327p.
- BORGES, D. R.; COLOMBO, A. L.; SATO, E. I. **Atualização Terapêutica de Felício Cintra do Prado, Jairo de Almeida Ramos, José Ribeiro do Valle: Diagnóstico e Tratamento**. Rio de Janeiro: Artes Medicas, 2018. 2180p.
- BOUZAS, I.; TAKEY, M. **Orientação contraceptiva na adolescência: critérios médicos de elegibilidade**. Adolescência & Saúde, Rio de Janeiro, v.10 , n.3, p.23 a 30, 2013.
- BRANDT, G. P.; BURCI, L. M.; OLIVEIRA, A. P. R. **Anticoncepcionais Hormonais na Atualidade: Um Novo Paradigma para o Planejamento Familiar**. Revista Gestão & Saúde, São Paulo, v.18, n.1, p.54-62, 2018..

BRITO, M. B.; NOBRE, F.; VIEIRA, C. S. **Contraceção Hormonal e Sistema Cardiovascular**. SBC, São Paulo, v.2, n.1, p.7-5, 2012.

CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: NESCON, 2010. 112p.

CWIAK, C.; L.BERGA, S. **Contraceção** . MedicinaNet, Int, n.2, p.s/n, 2018.

DUNCAN, B. B.; GIUGLIANI, E. R. J.; SCHMIDT, M. I. **Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências**. 4^a. ed. São Paulo: Artmed, 2014. 1976p.

FERLA, A. A.; ROCHA, C. M. F.; SANTOS, L. M. **Cadernos de Saúde Coletiva: Integração Ensino-Serviço: Caminhos possíveis?**. Minas Gerais: Rede Unida, 2013. 140p.

GOLDMAN, M. P.; LANCE, L. L. **Medicamentos Lexi-comp Manole**. São Paulo: Manole, 2009. 1707p.

HELITO, A. S.; KAUFFMAN, P. **Saúde: entendendo as doenças. A enciclopédia médica da família**. São Paulo: NBL, 2014. 718p.

HOFFMAN, B. L.; SCHORGE, J. O. **Ginecologia de Williams** . 2^a. ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2014. 1419p.

IBGE, **Cidades: Sebastião Barros - PI**. IBGE, Internet, n.1, p.s/n, 2019. Disponível em: <<http://ibge.gov.br>> Acesso em: 16 abr. 2020

KATZUNG, B. G.; TREVOR, A. J. **Farmacologia Básica e Clínica**. 13^a. ed. São Paulo: McGraw Hill Brasil, 2017. 1216p.

LANGE, **Medicina: Diagnóstico e Tratamento - Lange**. São Paulo: AMGH, 2011. 736p.

LUBIANCA, J. N.; WANNMACHER, L. **Uso Racional de Contraceptivos Hormonais Orais**. Revista UFRGS, Porto Alegre, v.10, n.2, p.1-16, 2012.

VAZ, S. N. D. A.; LIMA, L. R. M.; PARTATA, A. K. **Contraceção medicamentosa em situações especiais**. ITPAC , Tocantins, v.4, n.2, p.8-15, 2011.

MARINHO, I. H. M.; SAMPAIO, A. F. **O uso de contraceptivos orais combinados e o risco de trombose venosa profunda em mulheres em idade reprodutiva.** BJSCR, Rio de Janeiro, v.28, n.1, p.42-48, 2019..

MACHADO, R. B.; MELLO, C. R.; POLI, M. E. H. **Manual de anticoncepção da FEBRASGO.** FEMINA, São Paulo, v.37, n.9, p.459-492, 2015.

OMS, **Atenção Primária à saúde.** OPAS, Int, n.1, p.s/n, 2019. Disponível em: <<http://paho.org>> Acesso em: 13 abr. 2020

OMS, **Saúde Sexual e Reprodutiva.** OMS, Int, n.1, p.1, 2019.

ONU, **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Genebra: PNUD, 2015. 28p.

ORSHAN, S. A. **Enfermagem na Saúde das Mulheres, das Mães e dos Recém-Nascidos: O Cuidado ao Longo da Vida.** São Paulo: Artmed , 2010. 1152p.

PUGLIA, A. P. M. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia.** São Paulo: Senac , 2020. 296p.

SESDF **Unidades Básicas de Saúde.** 2. ed. Brasília: Secretaria de Saúde do Distrito Federal, 2018. 20p.