

ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS NA ATUALIDADE: UM NOVO PARADIGMA PARA O PLANEJAMENTO FAMILIAR

HORMONAL CONTRACEPTIVES TODAY, A NEW PARADIGM FOR FAMILY PLANNING

Gabriela Pinheiro BRANDT¹
Anna Paula Rodrigues de OLIVEIRA¹
Lígia Moura BURCI²

RESUMO

Nos últimos anos a mulher tem se tornado co-responsável pelo planejamento familiar, sendo em alguns casos a própria executante. Os anticoncepcionais hormonais surgiram com o objetivo de evitar uma gravidez indesejada, contudo diante da escolha do método contraceptivo levantam-se profundos dilemas sobre os seus benefícios e malefícios. De forma a responder, ou melhor entender esses questionamentos, nesse trabalho foram elencados e revisados artigos publicados nos últimos 10 anos com os métodos anticoncepcionais hormonais mais utilizados, além de verificar seu mecanismo de ação, efeitos colaterais, indicações e interações medicamentosas. Concluiu-se que a anticoncepção hormonal, em sua maioria é benéfica e sendo também utilizada para tratamentos ginecológicos, que não incluem somente a contraceção.

Palavras-chave: Anticoncepcionais Orais, Planejamento Familiar, Contraceptivo pós-coito.

ABSTRACT

Currently women are co-responsible for family planning, and in some cases the very performer. Hormonal contraceptives have arisen in order to avoid an unwanted pregnancy, but given the choice of contraceptive method arise profound dilemmas about the benefits and harms. In order to answer or better understand these questions, the objective was to list and review bibliographic articles from the last 10 years with the most widely used hormonal contraceptive methods and verify its mechanism of action, side effects, indications and drug interactions. It was concluded that hormonal contraception, mostly is beneficial and has been also used for gynecological treatments, which include not only contraception. There is also a high prevalence of contraceptive pill users, due to its practicality.

Key Words: Oral contraceptives, family planning, contraceptives postcoital.

¹ Enfermeira, ex aluna do programa de Iniciação Científica na Faculdade Herrero -Curitiba – PR.

² Farmacêutica e Bioquímica, Mestre em Farmacologia, Doutoranda em Ciências Farmacêuticas na UFPR. Professora e orientadora de Iniciação Científica na Faculdade Herrero.

1. INTRODUÇÃO

Em 1996, no Brasil, foi aprovada a Lei 9.266 que assegura o Planejamento Familiar como um direito da mulher, e em 2001 a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), englobou o Planejamento Familiar na Atenção Básica. Sabe-se que a Constituição Federal de 1988 reconhece o Planejamento Familiar como um direito, sendo dever do Estado oferecer informação e os meios para executá-lo, disponibilizando para a população métodos que não prejudiquem a sua saúde, e que sejam adequados de acordo com cada período da vida¹.

O planejamento familiar consiste na organização do número de filhos e em que ocasião será melhor tê-los. Para assim assegurar esse planejamento são utilizados métodos contraceptivos que tragam segurança, evitando uma gravidez indesejada, não levando riscos ao usuário e dentro de seus valores éticos, morais e religiosos².

Atualmente os Serviços de Saúde ofertam métodos contraceptivos a população, com fácil acesso e informações ao casal auxiliando-os na escolha daquele que melhor se adapta a sua realidade, salientando também a importância do conhecimento dos profissionais de saúde que virão a expor essas informações³.

Geralmente é de responsabilidade da mulher a escolha do método, a busca por informações e a sua utilização, vindo de frente a sua cultura, individualidade e o contexto social em que vive⁴. Também é notável uma prevalência de métodos contraceptivos femininos, com escassa participação masculina no planejamento familiar, apontando assim para uma sociedade machista¹.

Os métodos contraceptivos se dividem em reversíveis e definitivos. Os reversíveis são: métodos comportamentais, métodos de barreira, métodos hormonais, dispositivo intrauterino (DIU) e método de contracepção de emergência (pílula do dia seguinte). Já os definitivos são os métodos cirúrgico ou esterilização (ligadura das tubas e a vasectomia)⁵.

Estudos apontam que os métodos mais utilizados no Brasil são a Laqueadura (ligadura das tubas uterinas) em 40% e a utilização da pílula anticoncepcional com 21%⁴. Dentre os anticoncepcionais hormonais, há uma alta prevalência nos anticoncepcionais orais. A escolha do método muitas vezes é direcionada por amigos. Por isso faz-se necessário acolher, informar e pesquisar estas usuárias individualmente e investir na escolha mais adequada do anticoncepcional que será de melhor valia para a sua saúde¹.

Tendo como objetivo compreender os métodos contraceptivos hormonais, seus efeitos, mecanismo de ação, contraindicações e interações medicamentosas mais peculiares de frente a dinâmica do planejamento familiar, demonstrando assim a importante função do enfermeiro em explicitar a sua administração e informações relevantes aos usuários.

2. MÉTODO

Realizado uma revisão de literatura relacionada aos anticoncepcionais hormonais onde foram elencados 22 artigos publicados nos últimos 10 anos com correlação ao tema anticoncepção, métodos anticoncepcionais hormonais e planejamento familiar. Como banco de base de dados foram utilizados o Google Acadêmico, Scielo e Lilacs com os seguintes descritores: Anticoncepcionais Orais, Planejamento Familiar, Dispositivos anticoncepcionais femininos. Os critérios de inclusão foram artigos em português, no período determinado e com os descritores acima relacionados. Os critérios de exclusão foram artigos com mais de 10 anos de publicação, relacionando a medicação a patologias e métodos não hormonais.

3. REVISÃO DE LITERATURA

Anticoncepcionais orais (acos)

O anticoncepcional oral (ACO) é um método reversível utilizado por mulheres para evitar uma gravidez indesejada³. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2006 cerca de 10,4 milhões de mulheres usavam a pílula de ACO. No planejamento familiar (PF) é a melhor forma de contraceção reversível e com o índice de gestação menor que 1% quando utilizado corretamente⁶.

A pílula anticoncepcional não veio apenas para cumprir seu efeito contraceptivo, mas também teve um grande impacto no comportamento e posição da mulher na sociedade. Em 1950, foi disponibilizada para consumo nos Estados Unidos, e proporcionou à mulher o controle sobre seu próprio corpo e sobre o PF, contribuiu para o seu crescimento no mercado de trabalho e principalmente sua autonomia e independência reprodutiva, pois não necessita da participação ou consentimento do parceiro⁷. Contudo, a pílula anticoncepcional ainda é responsável por inúmeros debates nos setores religiosos e políticos, pois nenhum método anticoncepcional conseguiu prover essa total separação entre sexualidade e reprodução⁷.

No Brasil, as pesquisas sobre o medicamento iniciaram em 1950, as brasileiras adeptas ao feminismo na época acreditaram que poderia ser apenas uma estratégia imperialista. O governo também não expressava apoio para o uso do medicamento e adoção de medidas de PF⁷. A pílula vendida na época chamava-se Enovid e causava efeitos colaterais intensos desde uma gravidez indesejada até o óbito⁵. Em 1978, o governo Brasileiro iniciou a distribuição gratuita de pílulas anticoncepcionais para o controle de natalidade⁸.

A partir do uso do medicamento obteve-se como resultado uma redução nas taxas de fecundidade de 6,21 filhos por mulher em 1950 para 2,38 filhos por mulher em 2000⁸. Entretanto, não são todas as classes sociais que buscam o acesso ao medicamento, estando o uso maior do ACO ligado ao maior conhecimento das usuárias, observando-se que a desigualdade social também afeta o fator reprodutivo, podendo ser observado que a maior taxa de fecundidade ocorre nas camadas mais desfavorecidas, o que influencia também no aumento das taxas de abortos clandestinos⁷.

Os ACOs são divididos em contraceptivos orais combinados de primeira, segunda e terceira geração, e podem ser monofásicos, bifásicos e trifásicos⁵. Os monofásicos podem ser de 21, 24 e 28 comprimidos todos com a mesma composição e dosagem hormonal. Os bifásicos possuem a mesma composição, porém são divididos em duas fases de dosagem. Os trifásicos por sua vez são divididos em três fases de diferentes dosagens hormonais. Atualmente as pílulas mais utilizadas são as monofásicas⁵.

A classificação por geração é decorrente das alterações de composição dos ACOs, e a Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que o medicamento seja composto de fórmulas de baixa dosagem⁹. As pílulas de primeira geração, ou seja, as mais antigas eram compostas de mestranol (estrogênio) e noretisterona (progestógeno), essas pílulas apresentavam muito efeitos colaterais como cefaleia intensa, e não são mais utilizadas. As de segunda geração apresentam o etinistradiol em doses de 30 a 50 µg além do levonorgestrel, e ainda são utilizadas por algumas mulheres, sendo os nomes comerciais: Ciclo 21, Microvlar, Level, e são distribuídas no Sistema Único de Saúde¹⁰. As de terceira geração apresentam o etinistradiol em doses de 30 µg ou menos e progestógenos mais modernos como Gestodeno (Adoless, Tâmisa, Ginesse), Ciproteterona (Diane 35, Selene, Diclin) e Drospirenona (Yaz, Yasmin, Elani, Ciclo), Desogestrel (Cerazette, Mercilon) e são as mais utilizadas (Tabela 1)⁵.

GERAÇÃO	ESTRÓGENO	PROGESTÓGENO
Primeira geração	Mestranol	Noretisterona
Segunda geração	Etinistradiol	Levonorgestrel
Terceira geração	Etinistradiol	Gestodeno Ciproteterona Drospirenona Desogestrel

Tabela 1 – Classificação dos anticoncepcionais orais segundo a geração e seus compostos.

Os ACOs utilizados hoje têm como mecanismo de ação a supressão de fatores hipotalâmicos na liberação do FSH (hormônio folículo estimulante) e do LH (hormônio luteinizante), inibindo a ovulação através de hormônios sintéticos de estrogênio e progesterona⁶. O etinilestradiol (EE) é um derivado do 17 β -estradiol (E2), o principal estrogênio endógeno nos seres humanos, e trata-se de uma droga inativa, tornando-se ativada durante a primeira fase de metabolização no fígado⁵.

O progestogênio é o que diferencia cada fórmula, e age no espessamento do muco cervical, tornando-o mais impenetrável para o espermatozoide, além de atuar na hipotrofia do endométrio dificultando o processo de nidadação⁶. Em uma mulher em idade fértil, as alterações hormonais são visíveis durante todo o ciclo, contudo, com o uso do ACO, a mulher não apresenta picos hormonais, logo não entra em período fértil e não acontece a concepção⁶, conforme figura 1.

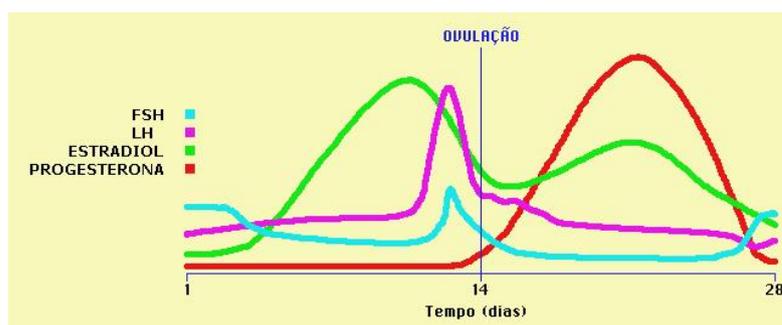


Figura 1 – Picos hormonais de não usuária de ACO

Fonte: Site gineco.com.br, acesso em 2016.

A forma e quantidade de hormônios naturais liberados diferem dos hormônios sintéticos absorvidos pelas usuárias de contraceptivos hormonais, conforme figura 2.

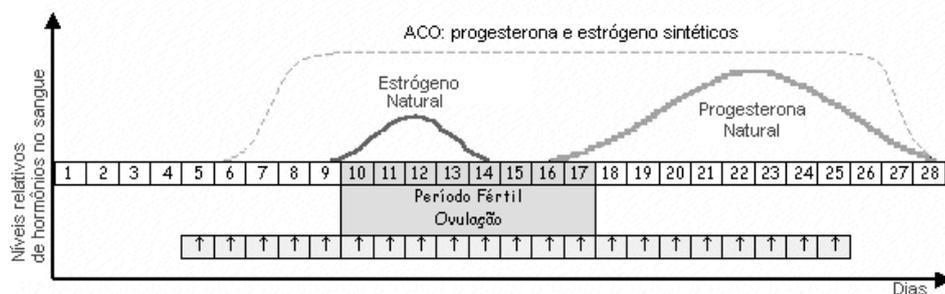


Figura 2 – Comparativo da liberação de hormônios naturais e hormônios sintéticos.

Fonte: Site da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, acesso em 2016.

Além da função contraceptiva, podem proporcionar outros benefícios como controle da dismenorreia, tensão pré-menstrual, câncer endométrio e ovário¹¹.

Outro benefício bastante procurado, principalmente por adolescentes é a melhora da pele acneica, hirsutismo e excesso de oleosidade. Esse benefício está ligado ao poder antiandrogênico de cada fórmula que é dado pelo progestogênio e quanto mais elevada a dose maior o efeito. Aciproterona, presente em medicamentos como o Selene, Diane 35, Diclin apresentam alta concentração de progestogênio. Normalmente mulheres que apresentam esses problemas são portadoras da síndrome de ovário policístico, sendo nesse caso o ACO indicado como agente terapêutico além de contraceptivo⁵. Quanto maior o seu poder antiandrogênico maior será sua influência na metabolização de lipídeos, afetando-o negativamente, pois provoca um aumento do colesterol total e do LDL-colesterol, e uma diminuição do HDL-colesterol⁵.

O ACO deve ser ingerido todos os dias no mesmo horário para que sua eficácia seja de 99%⁶. Existem hábitos e medicamentos que diminuem a eficácia do fármaco, bem como colocam

Brandt GP, et al. Anticoncepcionais hormonais na atualidade: um novo paradigma para o planejamento familiar. RGS 2018;18(1):54-62.

em risco a saúde da usuária. Um exemplo é a ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, que pode desencadear alterações metabólicas e facilitar a excreção do ACO e sua má absorção¹².

No organismo, quando administrado por via oral, são absorvidos no intestino, sendo na sequência metabolizados no fígado, dando início ao circuito entero-hepático. Outros medicamentos também sofrem a metabolização no fígado e podem ser inativados ou ativados, dando origem a interações medicamentosas. Com essas interações o medicamento pode na maioria das vezes não fazer o efeito desejado⁵.

O medicamento que apresenta maior interação com o ACO é o antibiótico. O primeiro caso de falha do anticoncepcional ocorreu em 1971, quando uma usuária relatou o uso concomitante a Rifampicina, um antibiótico utilizado no tratamento da Tuberculose e que resultou em perda da eficácia do fármaco levando a gravidez¹³.

A interação farmacológica pode ser explicada pela farmacocinética. No caso dos antibióticos, eles agem na flora intestinal e na hidrólise por bactérias do cólon, não havendo assim a correta absorção do ACO e aumentando sua excreção nas fezes e urina¹³.

Além dos antibióticos, outros medicamentos apresentam interação medicamentosa como antifúngicos (Griseofulvina), anticonvulsivantes (Barbitúricos, Difenil-hidantoína, Primidona e Carbamazepina) alteram os níveis plasmáticos diminuindo assim a eficácia contraceptiva¹⁴.

O manejo em casos de esquecimento pode apresentar variâncias de acordo com cada composição, e principalmente se a pílula for bifásica e trifásica. Nesses casos a conduta correta estará descrita na bula do medicamento. Nas pílulas monofásicas, por serem as mais comuns, a conduta é similar na maioria das marcas, ou seja, caso o esquecimento seja inferior a 12 horas, deve-se ingerir o comprimido e seguir a cartela. Caso ultrapasse às 12 horas de atraso, deve-se ingerir a pílula e combinar um método de barreira pelos próximos 7 dias⁵.

Contraceptivos injetáveis (ci):

Em meados de 1953, K. Junkam obteve um contraceptivo à base de progestógeno e álcool com efeito duradouro e de administração injetável¹⁵. Desde a década de 1960 os contraceptivos injetáveis já estavam sendo utilizados em outros países, porém o mesmo foi aprovado em território Norte Americano somente em 1992¹⁶.

O uso de Contraceptivos Injetáveis (CIs) revela uma aderência da usuária que não se adapta à utilização do contraceptivo oral, devido ao esquecimento ou desconforto gastrointestinal causado pela pílula². Tem como vantagem a não ocorrência do efeito de primeira passagem no fígado, e pode se apresentar com duas formulações diferentes: os injetáveis combinados (mensais) e os injetáveis só de progestógeno (trimestrais)⁵.

Os CIs combinados ou mensais são compostos por estrogênio e progestogênios, iniciado no 5º ao 7º dia após o ciclo, por via intramuscular a cada 30 dias, a partir da 1ª injeção. São contraindicados nos casos de hipertensão, doenças tromboembólicas, cardiopatias valvulares, antecedentes familiares de Acidente Vascular Cerebral não sendo recomendado o seu uso após os 35 anos de idade. Os efeitos colaterais mais frequentes são as cefaléias e ganho de peso³. A sua suspensão pode acarretar retorno rápido da fertilidade, sendo de aproximadamente 60 dias após a última injeção. Algumas das marcas mais utilizadas no Brasil são: Perlutan®, Preg-Less®, Mesigyna®, Noregyna® e Ciclofemina®⁵.

Os contraceptivos injetáveis trimestrais, comercializados no Brasil, são DepoProvera® e Contracep®, à base de Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito, em ampolas de 50, 150 e 500 mg, sendo a de 500 mg utilizada para tratamento de oncologias endometriais. Sua aplicação é intramuscular profunda, e é constituído de micro cristais suspensos que ficam depositados no músculo sendo liberado lentamente. Deve ser administrado de três em três meses com tolerância de duas semanas antes ou depois do período estipulado⁵. Após a sua suspensão as depurações dos hormônios levam de seis a oito meses para desaparecer, e demoram mais quando a usuária apresenta sobrepeso⁵. Esse fato acontece não só com os CI trimestrais, mas também com os mensais, devido à presença do etinilestradiol que interfere no sistema renina angiotensina aldosterona, causando uma retenção de líquido por mineralocorticoide¹¹.

O CI trimestral atua inibindo o eixo hipotálamo-hipofisário, inibindo o pico do LH assim impedindo a ovulação, espessa o muco cervical e torna delgado o endométrio dificultando a passagem do espermatozoide e a implantação do blastocisto¹⁷.

É possível observar o amadurecimento do folículo ovariano em uma mulher fértil e em uma usuária de contraceptivo hormonal, conforme figura 3.



Figura 3 – Comparação do amadurecimento folicular de uma mulher fértil e uma mulher usuária de contraceptivo hormonal.

Fonte: Site da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, acesso em 2016.

Como no CI mensal, o CI trimestral deve iniciar-se no 5º aos 7º dias após o início do ciclo menstrual, lactantes após a sexta semana pós-parto e puérperas que não estejam amamentando após 4 semanas¹⁷. É contraindicado em casos de hipertensão, idade acima dos 40 anos e tabagismo, sendo a principal contraindicação para as usuárias que não podem utilizar métodos com bases de estrogênio. Apresenta benefícios como redução significativa no câncer de endometrial e ovariano, redução de doença inflamatória pélvica, anemia ferropriva, gestação ectópica e sintomas de endometriose, melhora o fluxo menstrual, em alguns sintomas pré-menstruais e dores em usuárias com endometriose¹⁷.

Os efeitos adversos mais frequentes são: aumento de peso, cefaléias, dor abdominal, mudanças de humor e diminuição do desejo sexual¹⁷.

Os CI são utilizados por motivos diversos, porém os mais citados são, comodidade praticidade e menor risco de esquecimento, comparado aos orais de uso diário¹⁵. O CI trimestral é indicado para usuárias que não podem utilizar o estrogênio e que desejem cessar o fluxo menstrual¹⁷.

Em caso de esquecimento a usuária tem a eficácia comprovada por mais duas semanas, caso o período de tempo seja superior, a usuária deve utilizar métodos adicionais, realizar um exame de gravidez e somente assim realizar a administração do CI trimestral. Altamente eficaz, os CI trimestrais apresentam taxas de gravidez de 0,0 a 0,7/100 mulheres por ano¹⁷.

Outros métodos contraceptivos

Os adesivos são pequenas tiras aderentes que contêm 750 µg de etinilestradiol e 6,0 mg (6.000 µg) de norelgestromina que é metabolizada no fígado se transformando em levonorgestrel. Essas substâncias são liberadas na corrente sanguínea ao longo do dia, apesar do corpo absorver somente 20 µg de etinilestradiol e 150 µg de norelgestromina. São trocados a cada semana, por 21 dias e com intervalo de 7 dias, podendo a pausa ser suspensa se a usuária desejar. A maior vantagem do adesivo é similar à do anticoncepcional injetável: o não efeito de primeira passagem pelo fígado. As contra indicações, benefícios e eficácia são as mesmas dos os ACO, e no Brasil, o adesivo comercializado é o Evra®⁵.

O anel vaginal é um combinado de 11,7mg de etonogestrel e 2,7mg de etinilestradiol, e a própria usuária pode colocar o anel no canal vaginal apresentando efeito imediato. Uma das vantagens apresentadas é a absorção que ocorre através do epitélio da vagina liberando o hormônio

através da circulação sistêmica, não tendo assim uma primeira passagem pelo fígado. Utiliza-se por três semanas, e ao ser retirado ocorre o sangramento resultante da privação de hormônios, após este período deve-se colocar um novo anel. Seu mecanismo de ação é semelhante ao do ACO⁵.

Os implantes são pequenas cápsulas de 4 cm de comprimento e 2 mm de diâmetro implantadas no tecido subcutâneo, na face interna do braço acima do cotovelo. Apresenta validade de 3 anos e o seu princípio ativo, o etonogestrel é liberado gradativamente agindo como inibidor da ovulação e modificando o muco cervical. Durante a sua utilização podem ocorrer sangramentos irregulares e outros efeitos colaterais bastante semelhantes aos dos ACOs de terceira geração. Apresenta retorno rápido da fertilidade após sua remoção, sendo comercializado no Brasil como Implanon®⁵.

O Dispositivo Intrauterino (DIU) hormonal é um pequeno aparelho contendo progesterona em óleo siliconado que é instalado dentro do útero¹⁸. Age liberando, 20 mcg de progesterona por dia, tornando o muco cervical mais espesso dificultando a motilidade do espermatozoide e em alguns casos agindo no bloqueio da ovulação. Para a sua colocação a cliente não pode apresentar vaginites, doença inflamatória da pelve, má formações uterinas, doenças cardíacas, hematológicas ou deficiências imunológicas. Apresenta como efeito dor pélvica, dismenorreia, expulsão do dispositivo, e em casos de atraso do sangramento por privação hormonal deve-se verificar o risco de gravidez. Apresenta validade de cinco anos⁵.

A pílula do dia seguinte (PDS) é um método contraceptivo de emergência, e não deve ser usado como pílula anticoncepcional devido a sua alta dosagem hormonal. Isso significa que ela é a principal alternativa para evitar uma gravidez indesejada após uma relação sexual desprotegida¹⁹. A PDS não previne doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). A indicação do uso da pílula do dia seguinte ocorre em casos de estupros, rompimento de métodos de barreira e falhas na ingestão de duas ou mais pílulas de progesterona. Embora não seja abortiva, a PDS não é indicada para mulheres com suspeita de gravidez ou grávidas²⁰.

A PDS deve ser utilizada até 72 horas após a relação desprotegida, sendo quanto mais precocemente for utilizado maior será sua eficácia²¹. Existem duas formas de utilizar a pílula do dia seguinte. Uma delas é a ingestão de uma dose de 100 µg de etinilestradiol e 500 µg de levonorgestrel, divididas em duas pílulas que devem ser tomadas impreterivelmente com um intervalo de 12 horas entre em cada dose. Esse método é chamado de método Yuzpe e é através de uma pílula combinada com dois hormônios. Devido à composição conter estrogênio, a usuária pode sentir maiores efeitos colaterais²². São comercializadas como Evanor e Neovlar⁵.

A segunda forma de utilização baseia-se na administração de uma pílula de progestogênio com 1,5 mg de levonorgestrel, e é mais eficiente do que o método Yuzpe⁵. São dois comprimidos, cada um com 0,75mg e podem ser tomados em duas doses com intervalo de 12 horas ou juntos, em dose única²². O levonorgestrel possui uma vantagem importante em relação ao método Yuzpe pois não interage com antirretrovirais, ou seja, em casos de estupro ou soropositivas por exemplo, a medicação para profilaxia e tratamento do vírus HIV pode ser administrada normalmente²⁰. Alguns produtos vendidos com essa composição são Postinor, Pozato, Pilem, Norlevo, Diad, Neo-Post e Poslov⁵.

O mecanismo de ação da pílula do dia seguinte ainda é bastante discutido, e sabe-se que depende da fase do ciclo que a mulher se encontra ao ingerir a pílula²¹. Os principais efeitos colaterais das pílulas do dia seguinte são náuseas, vômitos, por isso recomenda-se a ingestão de antieméticos 30 minutos antes de ingerir a PDS. Além disso, a pílula modifica todas as ocorrências fisiológicas do organismo feminino e o ciclo pode se tornar irregular por um período de tempo, até que o organismo retome todos os processos⁵.

4. CONCLUSÃO

Dentre as mais diversas formas de contracepção apresentadas, observamos que as particularidades entre elas leva a adaptação casal ou ao modo de vida de cada usuária por sua comodidade, eficiência e eficácia contraceptiva. Dentre os artigos analisados vemos uma

predominância para a ACO e entre artigos mais recente o Pílula do dia seguinte, assim apresentada como contracepção pós-coito. Ao elencarmos artigos sobre adesivo, anel vaginal, implantes e DIU hormonal, apresentamos muitas dificuldades para encontra-los.

Verificamos também a evolução nas doses de hormônios e maneiras como eram preparadas, os efeitos colaterais apresentados no início das pesquisas que levavam algumas usuárias até o óbito e hoje apresentam mais benefícios do que malefícios.

A utilização dos ACOs para diminuição de efeitos na tensão pré-menstrual, sua distribuição no Sistema Único de Saúde, sendo os anticoncepcionais de segunda geração e a relação taxa de fecundidade, de 6 filhos em 1950 para 2 no século seguinte, vem de frente de que as classes sociais, níveis culturais e conhecimento sobre o método afeta os fatores reprodutivos e demonstra uma certa prevalência sobre os outros métodos.

Os CI apresentam conforto as usuárias na administração única, e nos efeitos gastrintestinais raros. A contracepção de emergência apesar de vir com o nome contracepção não deve ser utilizado como método contraceptivo, e sim para uma eventual situação. Entre os métodos observou-se que, geralmente agem de maneira igual, em relação a farmacocinética e farmacodinâmica.

A escolha do método é individual e deve ser acompanhada de um profissional da saúde habilitado a passar essas informações, prescreve-los e administra-los. Cabe cada vez mais os profissionais da área da saúde o conhecimento, não só técnico mais científico, para auxiliar na melhor escolha do método dentro do Planejamento Familiar, que o serviço de saúde onde ele atua oferece. Mostrar outras alternativas, discutir os benefícios e malefícios com a equipe e os usuários e respeitar a cultura local também traz confiança, respeito e admiração da população com o profissional.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Penaforte MCLF, Silva LR, Esteves APVS, Silva RF, Dos Santos IMM, Silva MDB. Conhecimento, uso e escolha dos métodos contraceptivos por um grupo de mulheres de uma Unidade Básica de Saúde em Teresópolis, RJ. Dissertação (Mestrado) Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
2. De Almeida Rego AGF *et al.* O uso dos anticoncepcionais no planejamento familiar. Informativo Técnico do Semiárido. 2015; 8: 44-53.
3. Costa FXL. Planejamento familiar: atuação de acadêmicos de enfermagem na extensão universitária. Revista de Extensão Universitária. 2012.
4. Alves AS, Lopes MHBM. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. Revista Brasileira de Enfermagem. 2008; 61 (2): 170-177.
5. Poli MEH *et al.* Manual de anticoncepção da FEBRASGO. Femina. 2009; 37 (9): 459-92.
6. Borges TFC, Tamazato APS, Ferreira MSC. Terapia com Hormônios Sexuais Femininos e Fenômenos Tromboembólicos: uma Revisão de Literatura/Female Sex Hormone Therapy and Thromboembolic Phenomena: Literature Review. Rev Ciências em Saúde. 2015; 5 (2): 158-168.
7. Loyola MA. Cinquenta anos de anticoncepção hormonal: a mulher e a pílula. Campinas: ComCiência, 2010.
8. Pereira AR *et al.* 50 anos de pílula anticoncepcional: a enfermagem resgatando uma história de sucesso. Revista de Extensão Universitária, 2010.
9. Prado DS, SANTOS DL. Contracepção em Usuárias dos setores público e privado de saúde. Dissertação (Mestrado) Universidade Federal do Ceará, Aracaju, Ceara, 2011.
10. Dombrowski JG *et al.* Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2013; 66(6): 827.
11. Ferrari DN. Efeitos do uso de contraceptivos hormonais em mulheres. Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), Centro Universitário de Brasília, Brasília- DF, 2015.
12. Oliveira DAG, Soares VCG. O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes universitárias e o conhecimento dos riscos entre seu uso combinado com contraceptivos orais. Rev. Ciênc. Med. 2009; 27 (4):366-73.

13. Dutra RL *et al.* Estudo da interação medicamentosa entre anticoncepcionais e antibióticos em alunas da FESSC. *Revista Eletrônica Estácio Saúde*. 2013; 3 (1): 13-20.
14. Souza LKD. Interação medicamentosa entre anticoncepcionais orais hormonais combinados e antibióticos. *Repositório UNICEUB*, 2015.
15. SANTOS, Hugo Campos Oliveira *et al.* Contracepção hormonal injetável. *EFDeportes.com, Revista Digital*. 2012; 17:169.
16. Pantoja M. *et al.* Variation of weight among users of the contraceptive with depot-medroxyprogesterone acetate according to body mass index in a six-year follow-up. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2009; 31 (8): 380-384.
17. Panisset K, Vicente Giordano M, Augusto Giordano L. Contracepção injetável trimestral. *Femina*. 2015; 43: suppl. 1.
18. Ranieri CM, da Silva RF. Atenção farmacêutica no uso de métodos contraceptivos. *Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário Filadelfia, Londrina*; 2011.
19. Borges ALV, Fujimori E, Nichiata LYI. O uso da anticoncepção de emergência entre jovens universitárias. *Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Trabalho apresentado no XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Brasil, 2008.*
20. Brasil, 2010. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*. 2. ed. rev. e ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – caderno nº 3).
21. Terreço SS. Adolescência e contracepção com ênfase no contraceptivo de emergência. *Trabalho de Conclusão de Curso, Centro Universitário Luterano de Palmas, Palmas-TP*; 2014.
22. Batagliaio ELM, Mamede FV. Conhecimento e utilização da Contracepção de Emergência por acadêmicos de enfermagem. *Esc. Anna Nery [online]*. 2011; 15 (2): 284-290.