

CONTRACEPÇÃO MEDICAMENTOSA EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Leila Renata Moura Lima

(Farmacêutica Generalista pela FAHESA/ITPAC)

E-mail: leilarenata123@hotmail.com

Sandy Narielle David Alves Vaz

(Farmacêutica Generalista pela FAHESA/ITPAC)

E-mail: sandynarielled@hotmail.com

Anette Kelsei Partata

(Dra. Docente da FAHESA/ITPAC)

E-mail: anettepartata@hotmail.com

A anticoncepção hormonal é o uso de medicamentos com a finalidade de impedir que o relacionamento sexual resulte em gravidez, sendo papel do farmacêutico esclarecer os riscos e benefícios destes para seus pacientes, orientando-os de maneira correta. Aconselha-se que durante a adolescência a escolha pelos anticoncepcionais orais seja a mais indicada, além de oferecerem maior eficácia e acessibilidade. No pós-abortamento, sugere-se que os contraceptivos combinados sejam de primeira escolha e podem ser ingeridos imediatamente no caso de gestação menor que 12 semanas, porém quando é ultrapassado esse período é indicado que a mulher inicie o uso após duas semanas. No período pós-parto, os anticoncepcionais com progestagênios isolados representam uma boa opção para anticoncepção. Já na perimenopausa, na ausência de contra-indicações, todos os métodos são possíveis, em especial podem ser indicados os contraceptivos combinados, nas suas três formas (oral, vaginal ou transdérmico), podendo ser usados até a menopausa. A importância da atenção farmacêutica é ressaltada, sugerindo-a como estratégia para o uso seguro e racional dos contraceptivos.

Palavras-chave: Anticoncepção; Anticoncepcionais; Contraceptivos.

Hormonal contraception is the use of drugs in order to prevent sexual intercourse resulting in pregnancy, and role of the pharmacist to clarify the risks and benefits of these to their patients by guiding them properly. It is advised that during adolescence the choice for oral contraceptives is more appropriate, and offer greater efficiency and accessibility. In the post-abortion, it is suggested that combined contraceptives are the first choice and can be taken immediately if less than 12 weeks gestation, but when this period is exceeded it is indicated that the woman commenced use after two weeks. In the post-partum contraception with progestogen alone represent a good option for contraception. In the perimenopause, in the absence of contraindications, all methods are possible, especially the combined contraceptives can be indicated in their three forms (oral, vaginal or transdermal), may be used until menopause. The importance of pharmaceutical care is emphasized, suggesting it as a strategy for safe and rational use of contraceptives.

Keywords: Contraception; Contraceptives; Contraceptive.

1. INTRODUÇÃO

O controle da concepção trouxe para a sociedade um avanço incontestável, na medida em que facilitou a emancipação da mulher e sua participação no mercado de trabalho. Também mudou a visão da população feminina fazendo com que a vida sexual inicie cada vez mais cedo e termine cada vez mais tarde.

A contracepção medicamentosa é um meio seguro de proteger contra uma gestação indesejada e a escolha deve assentar na eficácia e na adequação ao indivíduo de acordo com suas necessidades.

Este estudo tem como finalidade apresentar a melhor opção anticoncepcional hormonal para cada fase da vida feminina de acordo com suas necessidades. Uma vez que a falta de informação por parte de algumas mulheres e o desinteresse por parte de outras impulsionou as autoras a analisar o tema, bem como

prestar maiores e melhores esclarecimentos sobre o assunto. Considerando que é papel do farmacêutico esclarecer benefícios e os riscos dos métodos anticoncepcionais hormonais para seus pacientes, diminuindo assim diversas dúvidas relacionadas a este assunto e orientando-os de forma correta.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Aspectos Históricos

A contracepção, ao longo dos tempos, sempre foi uma preocupação dos povos. Existem referências dando conta que egípcios, gregos e romanos desenvolveram estratégias para realizá-la, bem como, já no Antigo Testamento (Gênesis 38:9), encontra-se uma descrição do que seria o coito interrompido para esse fim (FERRIANI *et al*, 2004).

Os métodos contraceptivos, em especial a pílula anticoncepcional, promoveram verdadeira revolução no comportamento humano, com implicações evidentes na forma de encarar a sexualidade e na procriação entre as pessoas (FERRIANI *et al*, 2004).

No Brasil, assim como nos países do terceiro mundo, a divulgação dos métodos contraceptivos modernos, entre estes as pílulas anticoncepcionais, fez parte de políticas internacionais voltadas para a redução da população. Assim, enquanto em lugares como a França, a pílula somente foi liberada para consumo em 1967, no Brasil, a pílula anticoncepcional e o dispositivo intra-uterino (DIU) foram comercializados sem entraves desde o início da década de 60 (PEDRO, 2003).

A partir da década de 1970, ocorreram mudanças significativas no aprimoramento de tecnologias contraceptivas, notadamente na anticoncepção hormonal, com diminuição progressiva da quantidade de estrógenos e a descoberta de novos progestógenos. Também houve a descoberta de novas vias de administração (ZUGAIB, 2008).

Avanços na contracepção têm oferecido às mulheres mais opções de escolha, com alta eficácia e boa segurança, associadas à praticidade, facilidade e melhor conveniência de uso (GUAZZELLI *et al*, 2008).

2.2 O Ciclo Menstrual e a Fertilidade

Conhecimento básico sobre o ciclo menstrual e suas relações com a saúde reprodutiva é necessário para

que a mulher saiba reconhecer seu período fértil, isso é, quando uma gravidez pode ocorrer (ARIE *et. all*, 2007).

O ciclo menstrual (endometrial) é o período durante o qual o ovócito amadurece, é ovulado e entra na tuba uterina. Os hormônios produzidos pelos folículos ovarianos ou pelo corpo lúteo (estrogênio e progesterona) causam mudanças cíclicas no endométrio (MOORE *et. all*, 2008).

Na fase folicular e ovulatória, grandes quantidades de estrogênio são secretadas, enquanto na fase lútea ocorre o predomínio de progesterona e, em menor grau, do estradiol. A fase lútea caracteriza-se pelo aumento acentuado dos níveis séricos de progesterona, alcançando o seu pico máximo logo após a ovulação e que são responsáveis pelo aumento da temperatura corporal basal observada nesta fase. Simultaneamente, o estrogênio sérico volta a aumentar nessa fase, após redução importante durante a ovulação. Nos últimos dias do ciclo menstrual, o corpo lúteo vai se degenerando e os níveis de progesterona e estrogênio caem, provocando o início do fluxo menstrual e um novo ciclo se repete (CHAVES *et. all*, 2002).

Uma representação esquemática pode ser observada na Figura 1.

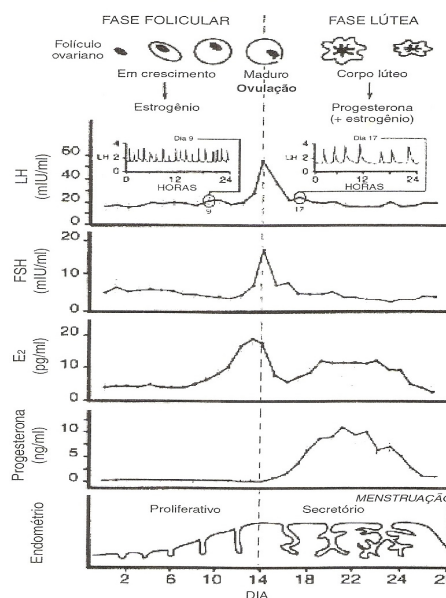


Figura 1. O ciclo menstrual: alterações ovarianas e endometriais e os níveis dos hormônios luteinizante (LH), folículo-estimulante (FSH), estradiol e progesterona. Fonte: adaptado de ARIE, *et al*, 2007.

2.3 Métodos anticoncepcionais

Os métodos anticoncepcionais podem ser classificados de várias maneiras. Reconhecem-se dois grupos principais:

- I. Reversíveis (comportamentais, de barreira, DIU, hormonais e os de emergência).
- II. Irreversíveis (esterilização cirúrgica feminina e esterilização cirúrgica masculina) (POLI *et. all*, 2009).

Os métodos reversíveis empregados na anticoncepção podem ser classificados em dois grandes grupos: hormonais e não-hormonais. Os métodos hormonais podem ser divididos de acordo com a via de administração dos esteróides sexuais: via oral e via parenteral. Os métodos não-hormonais se classificam em de barreira, métodos comportamentais e dispositivo intra-uterino (ARIE *et. all*, 2007).

A esterilização (laqueadura tubária e vasectomia) é um método contraceptivo cirúrgico e irreversível, realizado na mulher por meio da ligadura ou corte das trompas, impedindo o encontro dos gametas masculino e feminino. No homem é feita a ligadura ou corte dos canais deferentes (vasectomia), o que impede a presença dos espermatozóides no líquido ejaculado (LEONARDI, 2004).

Ainda não existe um método contraceptivo denominado ideal, isto é, aquele que possa ser utilizado por qualquer mulher, tenha boa eficácia, seja facilmente acessível e reversível, não tenha efeitos colaterais, não interfira com o ato sexual e seja aceito sem restrições de ordem psicossocial, moral ou religiosa (ARIE *et. all*, 2007).

2.4 Anticoncepção Feminina Medicamentosa

A anticoncepção hormonal é a utilização de drogas, classificadas como hormônios, em dose e modos adequados para impedir a ocorrência de uma gravidez não desejada ou não programada, sem qualquer restrição as relações sexuais (POLI *et. all*, 2009).

Os métodos hormonais de contracepção podem utilizar apenas de progestógenos ou da combinação estroprogestativa. A diferença mais marcante entre os dois tipos de anticoncepcionais é que

a combinação estroprogestativa acarreta padrão menstrual mais previsível (ARIE *et. all*, 2007).

2.4.1 Métodos Hormonais por Via Oral

Antes do advento das pílulas combinadas não existia nenhuma forma verdadeiramente eficaz e reversível de controle da natalidade. A introdução da pílula combinada foi vista como o fim da longa busca pelo método reversível perfeito de controle da natalidade. Estava descoberto um agente que se julgava altamente efetivo, seguro, fácil de usar e barato (ARIE *et al*, 2007).

2.4.1.1 Contraceptivos orais combinados

São formulações que associam etinilestradiol em baixas doses (< 35mcg) a diversos progestógenos, sendo preferencialmente indicadas em mulheres saudáveis, não fumantes, com menos de 35 anos de idade. Além de conter quantidades fixas (monofásico) ou variadas (bifásico e trifásico), estes também são designados por gerações, passando-se a considerar os de terceira geração (etinilestradiol mais desogestrel, gestodeno ou norgestimato) (WANNMACHER, 2006).

O principal mecanismo de ação entre os hormonais combinados é a inibição da ovulação resultante do bloqueio na liberação cíclica das gonadotrofinas pela hipófise. Além disso, causam transformações tanto no muco cervical, que passa a ser “hostil” à espermomigração, quanto no endométrio, que se torna pouco desenvolvido, assim como na motilidade tubária (GUAZZELLI, 2008).

Os principais problemas que podem surgir com o uso desse método são: acne; amenorréia; sangramento intermenstrual e *spotting*; mastalgia; depressão e alteração do humor; problemas oculares; galactorréia; cefaléias; náusea e aumento de peso (POLI *et al*, 2009).

2.4.1.2 Contraceptivos orais contendo apenas progestógeno

As pílulas anticoncepcionais contendo apenas progestógeno, denominadas “minipílulas” inibem a ovulação em cerca de 50% das mulheres. O mecanismo primário de ação é tornar espesso mucocervical. Porém, esse mucocervical se mantém espesso por somente cerca de 20 horas, o que faz com que sua efetividade diminua durante as últimas horas antes da próxima dose (ARIE *et. all*, 2007).

As vantagens da minipílula incluem a ausência dos efeitos colaterais do estrógeno, o retorno imediato da fertilidade após a suspensão e menos interferência sobre a amamentação e a saúde do recém nascido (PASSOS *et. all*, 2003).

O principal efeito colateral desse método é a irregularidade menstrual, podendo ocorrer amenorréia. (POLI *et. all*, 2007).

2.4.2 Métodos Hormonais por Via Parenteral

A busca de novas vias de administração dos contraceptivos hormonais, bem como a tentativa de minimizar os efeitos colaterais sempre foi objeto de pesquisa de inúmeros estudiosos da área por todo mundo. Assim, diversas modalidades de contracepção hormonal não oral foram desenvolvidas, como veremos a seguir (ARIE *et. all*, 2007).

2.4.2.1 Via vaginal

A administração vaginal de esteróides contraceptivos oferece a vantagem potencial sobre a administração oral porque os esteróides são absorvidos para circulação sistêmica e podem chegar aos órgãos-alvo no eixo hipotálamo- hipófise- ovariano sem a primeira passagem através do fígado. A facilidade de inserção e remoção pela própria usuária, conferindo controle sobre o método, além do rápido retorno à fertilidade são outras vantagens apregoadas aos métodos (ARIE *et. all*, 2007).

As pílulas vaginais são do tipo monofásico e são usadas na vagina diariamente. Possuem o mesmo regime das orais, tendo início no quinto dia do ciclo, com a inserção de um comprimido por 21 dias, com pausa de sete dias (POLI *et. all*, 2009).

Como a pílula e os anéis vaginais contêm o etinilestradiol, estes contraceptivos têm as mesmas contra-indicações, efeitos colaterais e complicações que as pílulas combinadas (ARIE *et al*, 2007).

2.4.2.2 Via Intra-Uterina

O DIU com levonorgestrel faz parte da contracepção de longo prazo, sendo recomendada troca após 5 anos de uso (WANNMACHER, 2006).

É muito eficiente e tem efeito mínimo no eixo hipotálamo-hipófise-ovariano. Seu mecanismo de ação consiste basicamente na alteração endometrial (ARIE, 2004).

Os principais efeitos colaterais observados com seu uso são: dor pélvica crônica; diminuição do fluxo menstrual ou amenorréia e infecção (POLI *et al*, 2009).

2.4.2.3 Via Transdérmica

Trata-se de um adesivo, aplicado sobre a pele nas seguintes regiões recomendadas: nádegas, tronco, abdome ou antebraço. Da mesma forma que os injetáveis combinados, o adesivo transdérmico é comparável à anticoncepção oral hormonal (ZUGAIB, 2008).

O adesivo é aplicado uma vez por semana, por três semanas consecutivas; na quarta semana livre do adesivo, ocorre o sangramento de privação (ARIE *et. all*, 2007).

Os indícios de hemorragia de escape ou de manchas são baixos e diminuem após um ano. Efeitos gastrintestinais são semelhantes às das pílulas combinadas, mas os adesivos causam mais sintomas mamários. Podem ocorrer reações inflamatórias leves no local da aplicação (ARIE *et. all*, 2007).

2.4.2.4 Via Subdérmica

São implantes em formas de cápsulas ou bastões, que liberam diferentes hormônios: etonogestrel, levonorgestrel, elcometrina (ou nestorona) e nomesgetrol (WANNMACHER, 2006).

Após a sua inserção, uma pequena quantidade de progestógeno é liberada continuamente, passando do implante para o corpo, resultando em efeito anticoncepcional por um período de 3 anos (ARIE *et. all*, 2007).

A inserção e a remoção do implante podem causar irritação leve, dor e coceira e, em alguns casos, a formação de uma cicatriz no local do implante. Ocasionalmente podem ocorrer manchas na pele. (ARIE *et. all*, 2007).

Também promove sangramentos irregulares e a ocorrência de amenorréia, a qual é estimada em cerca de 20% das mulheres. Seus paraefeitos são os descritos para os progestágenos de terceira geração (efeitos androgênicos) (POLI *et. all*, 2009).

2.4.2.5 Via Intramuscular

A contracepção injetável está indicada em mulheres que desejam duração prolongada e minimização de alguns efeitos adversos (WANNMACHER, 2006).

– Injetável Mensal

A eficácia desse injetável é muito alta, próxima de zero falhas, desde que sejam corretamente usados. As irregularidades menstruais constituem o principal paraefeito desse contraceptivo (POLI *et al*, 2009).

Segundo Nilson Roberto de Melo *et al*, no ano de 2000, em nosso país há dois produtos que podem ser empregados:

- Enantato de estradiol 10 mg associado ao acetato de diidroxiprogesterona 150 mg;
- Valerato de estradiol 5 mg associado ao enantato de noretisterona 50 mg.

A primeira dose do injetável mensal é aplicada no primeiro dia da menstruação. O injetável contendo o enantato de estradiol e o acetofenidrol de diidroxiprogesterona tradicionalmente era aplicado no oitavo dia do ciclo, porém estudos demonstraram que a injeção feita em dia pré-estabelecido do mês reduzia o número de injeções a 12 por ano, mantendo a mesma eficácia e tolerabilidade do regime tradicional (ARIE *et al*, 2007).

– Injetável Trimestral

No Brasil, a única formulação desse contraceptivo existente é o acetato de medroxiprogesterona de depósito (POLI *et al*, 2009).

A primeira dose é aplicada até o sétimo dia do ciclo e as seguintes a cada 90 dias (ARIE *et al*, 2007). As desvantagens dos injetáveis trimestrais são as alterações menstruais, sendo a amenorréia a mais freqüente; sangramento intermenstrual e o *spotting*; atraso médio de cinco meses e meio para o retorno a fertilidade após o efeito contraceptivo; aumento do peso; cefaléia; alterações de humor e diminuição da libido que são pouco freqüentes. Ressalta-se também que o referido contraceptivo não pode ser suspenso mesmo diante dos efeitos colaterais desagradáveis ou nocivos (MELO *et al*, 2000).

2.5 Contraceção Medicamentosa em Situações Especiais

A escolha do método anticoncepcional adequado para situações especiais é extremamente importante. A seguir, os métodos contraceptivos para essas situações serão abordados:

2.5.1 Contraceção Medicamentosa na Adolescência

Muitos adolescentes não procuram aconselhamento médico para contracepção antes de tornarem-se sexualmente ativos, ou mesmo, antes de uma gravidez. Salvo esta situação, os adolescentes que iniciam o uso de contracepção evidenciam uma pobre adesão ao método utilizado (POLI *et. all*, 2009).

O tempo aproximado entre o início das relações sexuais de uma adolescente e a procura de um serviço de saúde para orientação anticoncepcional é de 12 meses. Não é de se estranhar, portanto, que a adolescência seja um período de risco para ocorrência de gestações não desejadas, abortamentos provocados e DSTs (FREITAS *et. all*, 2001).

Na escolha do método, não devemos levar em conta apenas os conceitos teóricos gerais de eficácia e inocuidade. A preocupação será de individualizar os métodos mais indicados para cada paciente fazendo com que ela participe da escolha. Assim, será maior a probabilidade de que ela o utilize regular e adequadamente (FREITAS *et. all*, 2001).

Os contraceptivos orais combinados são mais indicados para adolescentes, pois apresenta alta efetividade quando utilizado corretamente. Os efeitos colaterais das pílulas de baixa dosagem, em sua maioria, são plenamente contornáveis. A restrição ao método relaciona-se ao esquecimento, muito comum para pessoas dessa faixa etária. Nesse aspecto poderiam ser oferecidas alternativas, como as progesteronas isoladas como injetáveis ou implantes, ou ainda os adesivos ou anéis vaginais com estrógenos e progesteronas (ZUGAIB, 2008).

O DIU pode ser colocado em adolescentes, sabendo-se que não protege a mulher de doenças sexualmente transmissíveis. Assim se houver troca frequente de parceiros deve ser contra-indicado (POLI *et. all*, 2009).

A associação do uso do método de barreira (*condom*) é necessária para a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis (ZUGAIB, 2008).

A contracepção hormonal de emergência ou pílula pós-coital, pode e deve ser usada a título excepcional. Num primeiro contato com o/a adolescente não deve ser esquecida: deve ser esclarecida sua eficácia, que é menor do que a contracepção regular (LANHOSO, 2005).

O mecanismo de ação dos hormônios utilizados na anticoncepção emergencial varia conforme a fase do ciclo menstrual em que são utilizados. Tanto o progestágeno isolado quanto o combinado inibem ou retardam a ovulação (ZUGAIB, 2008).

Esse método é utilizado isoladamente, em duas tomadas com intervalo de 12 horas (ZUGAIB, 2008).

2.5.2 Contracepção Medicamentosa no pós-Abortamento

Aborto é a interrupção da gravidez com a destruição do produto da concepção. É a morte do ovo (até três semanas de gestação), embrião (de três semanas a três meses) ou feto (após três meses), não implicando necessariamente sua expulsão (CERQUETANI, 2007).

– Aborto Natural

Gerado por causas embrionárias: genéticas, físicas, químicas entre outros.

– Aborto Acidental

Causado por um susto, um acidente de carro, uma queda.

– Aborto Provocado

Ocorre através do uso de drogas (medicamentos) ou pelo esvaziamento da cavidade uterina.

Após o término de uma gestação menor que 12 semanas, o anticoncepcional oral pode ser iniciado imediatamente. Pode-se considerar o dia da curetagem como o primeiro dia do ciclo e, dependendo do tipo de anticoncepcional oral, iniciá-lo no primeiro ou quinto dia. Em geral, nesses casos, o primeiro ciclo é fértil (PASSOS *et. all*, 2003).

Quando a interrupção ocorre após gestação de 12 semanas ou mais, o anticoncepcional oral inicia-se duas semanas pós-aborto, para evitar um aumento do risco de eventos tromboembólicos (PASSOS *et. all*, 2003).

O dispositivo intra-uterino também é alternativa, assim como preservativo ou outros (LANHOSO, 2005).

2.5.3 Contracepção Medicamentosa no Pós-parto

O puerpério se inicia após a expulsão completa da placenta e das membranas ovulares (VIEIRA *et. all*, 2008).

Fisiologicamente, o retorno da ovulação, pós-parto, ocorre em torno de 27 dias em mulheres que não estão amamentando. Naquelas em aleitamento, este intervalo é variável e pode ser ampliado por vários meses, enquanto o recém-nascido se encontrar em amamentação exclusiva (VIEIRA *et. all*, 2008).

Durante o período de amamentação, a escolha do método para evitar a concepção deve ser dada por um profissional de saúde, pois, nesse período, é necessário considerar não só a saúde da mulher, como também a do bebê e possíveis efeitos que possam ocorrer em virtude de determinados métodos na qualidade e na quantidade do leite produzido pela mãe (VINHA, 2000).

A amamentação proporciona um aumento sérico dos níveis de prolactina, que suprime os hormônios do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, provocando amenorréia e ciclos anovulatórios que se caracterizam por insuficiência do corpo lúteo. Se a amamentação for exclusiva, a paciente pode ficar amenorréica por até dois anos, mas a ovulação pode retornar antes disso (PASSOS *et. all*, 2003).

Para que ocorra amenorréia induzida pela lactação, é necessária frequência de pelo menos 6x/dia, duração de pelo menos 60 minutos/dia, alimentação adicional no máximo 1x/dia e amamentação noturna. A frequência parece trazer maior efeito anovulatório que a duração das mamadas. Mesmo se essas necessidades são satisfeitas, o risco de ovulação aumenta com o passar do tempo pós-parto. A proteção contraceptiva eficaz é obtida somente até a nona semana pós-parto. O nível nutricional da mãe também influencia: se for baixo, o intervalo contraceptivo aumenta; por isso, embora a lactação proporcione um efeito contraceptivo, este não é confiável. Na presença de amamentação exclusiva, um método contraceptivo deve ser usado desde o terceiro mês pós-parto. Com amamentação parcial ou sem amamentação, um método contraceptivo deve iniciar durante a terceira semana pós-parto (PASSOS *et. all*, 2003).

Os anticoncepcionais hormonais combinados devem ser evitados devido a sua interferência na produção de leite, causando inibição da lactação, e pela passagem destes hormônios para o leite materno. Em casos excepcionais, em que seja necessário o uso de contracepção de emergência (casos de violência sexual), nos quais se utiliza anticoncepção combinada oral em regime agudo e dosagem alta, recomenda-se a

suspensão da lactação por 48 horas para mães cujo bebê é do sexo feminino, como prevenção de sangramento de supressão que pode ocorrer nestes lactentes (CARVALHO; TAMEZ, 2002).

Quando os métodos não hormonais são contra-indicados, inacessíveis ou a usuária não tem aderência adequada ao mesmo, os anticoncepcionais com progestagênios isolados representam uma boa opção para anticoncepção no puerpério. Os anticoncepcionais com progestagênios isolados não interferem na quantidade ou qualidade da lactação, nem no desenvolvimento ou crescimento do recém-nascido. Estão disponíveis em diversas vias de administração: Oral, intramuscular, implantes, além do sistema intra-uterino liberador de progestagênio (VIEIRA *et. all*, 2008).

2.5.4 Contracepção Medicamentosa na Perimenopausa

Os métodos contraceptivos aplicáveis em mulheres acima dos 35 anos de idade são sujeitos a considerações especiais. Nesta fase da vida a mulher necessita de uma contracepção eficaz, uma vez que ela ainda se encontra no período fértil, mesmo que diminuído, e a gravidez representa riscos tanto para mãe como para o recém nascido (ARIE *et. all*, 2004).

Os contraceptivos combinados na ausência de contra-indicações podem ser usados até a menopausa. O dispositivo intra-uterino também está particularmente indicado (LANHOSO, 2005).

2.6 Atenção Farmacêutica na Contracepção

A atenção farmacêutica consiste na responsabilidade que o farmacêutico assume sobre a prestação de cuidados integrais relacionados com a medicação, tendo como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos pacientes (SANTOS; AGUIAR, 2005).

A orientação em anticoncepção deve contemplar a mulher em toda a menacme, protegendo seus direitos reprodutivos, e oferecer oportunidades de desempenhar na plenitude, sua autonomia para gestar de forma programada (ZUGAIB, 2008).

De acordo com Marcelo Zugaib, em 2008, o acatamento desses princípios, a cliente terá condições de conhecer todas as alternativas anticoncepcionais e optar livremente pelo método que lhe convier. Os

passos a serem obedecidos incluem a explanação do mecanismo de ação de cada método proposto, seu modo de uso, sua eficácia e os efeitos colaterais.

Nas consultas de seguimento, posterior à instituição do método escolhido, o grau de satisfação e a tolerância/adaptação da cliente devem ser cuidadosamente inquiridos. As dúvidas e outros eventuais problemas devem ser solucionados. Nessa oportunidade, para pacientes insatisfeitas ou com efeitos colaterais intoleráveis, a descontinuidade do método deve ser discutida e sua substituição pode ser proposta.

3. CONCLUSÃO

Vários aspectos da fisiologia sexual feminina foram revisados, observando o ciclo menstrual e suas fases. Também foram apresentados os métodos contraceptivos e, de forma sucinta, descreveram-se os métodos hormonais.

Os objetivos deste trabalho foram alcançados, que consistiam em indicar o método hormonal de escolha para cada fase especial da vida da mulher, sendo que na adolescência o contraceptivo de escolha foi o oral combinado, salvo exceções. No pós-aborto é indicado também o oral combinado, exigindo atenção somente no início de sua tomada. No pós-parto o contraceptivo usado, caso a mulher não esteja em amamentação exclusiva, é o oral somente com progestágenos ou minipílulas. E na perimenopausa, na ausência de contra-indicações, são usados os contraceptivos combinados, em suas três formas (oral, vaginal ou transdérmico), podendo ser usados até a menopausa.

Ressaltamos a importância do profissional farmacêutico, uma vez que, muitas mulheres o procuram para o esclarecimento e indicação de métodos anticoncepcionais, e este sendo o portador do conhecimento deve saber orientar corretamente sua paciente.

4. REFERÊNCIAS

ARIE, Wilson Maça Yuki; FONSECA, Ângela Maggio da; ARIE, Patricia Yuki; ARIE, Maria Hermínia A.; BAGNOLI, Vicente Renato. Anticoncepção. Revista

REVISTA CIENTÍFICA DO ITPAC

Volume 4. Número 2. Abril de 2011. Publicação 5.

Brasileira de Medicina. São Paulo, v. 64, n. 3, p. 95-109, Março/2007.

ARIE, Wilson Maça; FONSECA, Ângela Maggio da; MELO, Nilson Roberto de; BAGNOLI, Vicente Renato. Anticoncepção no Climatério. Revista Brasileira de Medicina. São Paulo. v. 61, n. 1/2, p. 34-40, Janeiro/Fevereiro/2004.

CARVALHO, Marcus Renato de; TAMEZ, Raquel N. Amamentação. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 111-113.

CERQUETANI, João Ernesto Finardi. Aborto Eugênico. Presidente Prudente: 2007. Monografia do curso de Direito da Faculdade de Direito de Presidente Prudente. 66 p.

CHAVES, Christianne Pereira Giesbrecht; SIMÃO, Roberto; ARAÚJO, Claudio Gil Soares de. Ausência de variação da flexibilidade durante o ciclo menstrual em universitárias. Revista Brasileira de Medicina do Esporte. Niterói. v.8, n. 6. Dezembro/2009.

FERRIANI, Rui Alberto; ANDRADE, Rosires Pereira; FINOTTI, Marta Franco. Contracepção Transdérmica Semanal: Expandindo os Limites do Planejamento Familiar. *Femina*. São Paulo. v. 32, n. 3, 2004.

FREITAS, Fernando. et al. Rotinas em Ginecologia. Porto Alegre: Editora Artmed, 2001. cap. 5, p. 66-73.

GUAZZELLI, Cristina Aparecida Falbo; BARBIERI, Márcia; ANDRADE, Carla Maria Araújo; BARREIROS, Fernando Augusto; MORON, Antônio Fernandes. Métodos Anticoncepcionais Hormonais. *Fêmima*. São Paulo, v. 36, n. 10, p. 619-625, Outubro/2008.

GUYTON, Arthur C. Tratado de fisiologia médica. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LANHOSO, Antônio. Contracepção em situações particulares. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Lisboa, v. 21, p. 485-491, Setembro/Outubro/2005.

LEONARDI, Egle. A reinvenção dos anticoncepcionais. Guia da Farmácia. São Paulo, p. 50-58, Agosto/2004.

MOORE, J. George. Fundamentos de Ginecologia e Obstetrícia. 2 edição. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA, 2008. Cap.42, p. 314-323.

PASSOS, Eduardo Pandolfi. et al. Rotinas em infertilidade e contracepção. Porto Alegre: Editora Artmed, 2003. cap. 28, p. 331-352.

PEDRO, Joana Maria. A experiência com contraceptivos no Brasil: uma questão de geração. Revista Brasileira de História. São Paulo. v. 23, n. 45. Julho/2003.

POLI, Marcelino Espírito Hofmeister; *et al.* Manual de Anticoncepção da FEBRASGO. *Fêmima*. v. 37, n. 9, p. 459-492, Setembro/2009.

SANTOS, Maurivan Carneiro dos; AGUIAR, Nayana Brandão. Anticoncepcionais orais. Araguaína: Novembro/2005. p. 14-37.

VIEIRA, Carolina Sales; BRITO, Milena Bastos; YAZILE, Maria Edna Holanda Diogenes. Contracepção no puerpério. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. São Paulo, v. 30, n. 9, p. 470-479, Setembro/2008.

VINHA, Vera Heloisa Pileggi. O livro da amamentação. São Paulo: Editora CLR Balieiro, 1999. p. 81-82.

WANNMACHER, Lenita. Novas opções contraceptivas. *Uso Racional de Medicamentos*. Brasília, v. 3, n. 7, p. 1-6, Junho/2006.

ZUGAIB, Marcelo. Zugaib Obstetrícia. São Paulo: Manole Ltda, 2008. cap. 28, p. 497-5.



Coordenação de Pós-Graduação, Pesquisa e Extensão