



CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020

Organização



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO



SPG
SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
GINECOLOGIA



SPMR
SOCIEDADE
PORTUGUESA
DE MEDICINA
DA REPRODUÇÃO



CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020

Organização

Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC)
Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG)
Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR)

Revisão científica da responsabilidade da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC)

Participantes

Amália Pacheco, Ana Rosa Costa, António Lanhoso, Ana Teresa Almeida Santos, Carla Rodrigues, Cláudio Rebelo, Eunice Capela, Fernanda Águas, Fernanda Geraldes, Helena Solheiro, Isabel Martins, Isabel Santos Silva, Joaquim Neves, João Paulo Marques, Fátima Palma, Filomena Sousa, Guida Gomes, Maria do Céu Almeida, Maria João Carvalho, Neuza Mendes, Nuno Martins, Olga Caramelo, Teresa Bombas, Tiago Ferraz

Índice

Abreviaturas	7
Secção A: Introdução	8
A.1 A saúde sexual e reprodutiva em Portugal	9
A.2 O que muda no Consenso sobre Contraceção, 2020	9
A.3 Aconselhamento, eficácia e efetividade contraceptiva	10
A.4 Critérios médicos de elegibilidade para o uso de um contraceptivo	11
A.5 Exame ou teste a realizar para o início de um contraceptivo	12
A.6 Definição de Padrão hemorrágico	
A.7 Condições médicas nas quais a gravidez (ou a gravidez não planeada) representa medicamente um risco inaceitável ou tem risco de um desfecho materno-fetal desfavorável	12
A.8 Como usar este documento	13
A.9 Bibliografia Geral	13
Secção B: Métodos de Contraceção	14
B.1 Contraceção hormonal combinada (CHC)	15
1.1 Composição	15
1.2 Vias e regimes de administração	16
1.3 Critérios de elegibilidade para o uso de CHC	16
1.4 Aconselhamento para o uso de CHC	18
1.4.1 Regras na utilização (início e esquecimento)	19
1.5 Efeitos indesejáveis	20
1.6 Riscos	21
1.7 Recomendações práticas	22
1.8 Benefícios não contraceptivos	23
1.9 Efeito na fertilidade	24
1.10 Interações medicamentosas	24
1.11 Bibliografia	26
B.2 Contraceção progestativa (CP)	28
2.1 Tipos de CP	28
2.2 Critérios de elegibilidade para o uso de CP	29
2.3 Vantagens e benefícios não contraceptivos	29
2.4 Padrão hemorrágico	30
2.5 Retorno à fertilidade	30
2.6 Contraceção progestativa oral (CPO)	30
2.6.1 Critérios de elegibilidade para o uso de CPO	30
2.6.2 Recomendações para o uso de CPO: início e esquecimento	30
2.6.3 Informações adicionais	31
2.6.4 Interações farmacológicas	31
2.7 Bibliografia	32
B.3 Contraceção de emergência (CE)	33
3.1 Métodos de CE	33
3.2 Indicações para uso de CE	34
3.3 Mecanismo de ação	35
3.4 Eficácia	35
3.5 Critérios de elegibilidade para o uso de CE	35
3.6 Efeitos adversos da CE oral	36
3.7 Recomendações no uso de contraceção após CE	37
3.8 Bibliografia	37
B.4 Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs)	38
4.1 Tipos de LARCs, posologia e mecanismo de ação	38
4.2 Padrão hemorrágico	38
4.3 Contraceção progestativa injetável	39
4.3.1 Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção injetável	39
4.3.2 Aconselhamento para o uso	40
4.3.3 Informações adicionais	40
4.3.4 Interações medicamentosas	41
4.4 Contraceção progestativa subcutânea - implante	41
4.4.1 Critérios de elegibilidade para o uso de implante	41
4.4.2 Aconselhamento para o uso	41
4.4.3 Informações adicionais	42
4.4.4 Complicações	43
4.3.5 Interações medicamentosas	43
4.5 Contraceção intrauterina (CIU) (SIU e DIU)	43
4.5.1 Tipos de contraceptivos intrauterinos	43
4.5.2 Mecanismo de ação	44
4.5.3 Critérios de elegibilidade para o uso de CIU	45
4.5.4 Aconselhamento para uso	46
4.5.5 Informações adicionais	47
4.5.6 Complicações	48
4.5.7 Efeitos indesejáveis / Advertências	49
4.5.8 Mitos	49
4.5.9 Interações medicamentosas	50
4.5.10 Bibliografia	50
B.5 Métodos de barreira e naturais	53
5.1 Métodos de barreira	53
5.1.1 Preservativo masculino	53
5.1.2 Preservativo feminino	54
5.1.3 Critérios de elegibilidade para o uso de métodos barreira	55
5.2 Métodos naturais	55
5.2.1 Método baseados na predição do período fértil	55
5.2.1.1 Método do calendário	56
5.2.1.2 Método dos dias <i>standard</i>	56
5.2.1.3 Método da temperatura basal	56
5.2.1.4 Método do muco cervical	56
5.2.1.5 Método sintotérmico	56
5.2.1.6 Método dos “dois dias”	57
5.2.1.7 Critérios de elegibilidade para o uso de método baseados na predição do período fértil	57
5.2.2 Método da amenorreia Lactacional (MAL)	58
5.2.2.1 Critérios de elegibilidade para o uso da MAL	58
5.2.3 Coito interrompido (CI)	58
5.2.3.1 Critérios de elegibilidade para o uso do coito interrompido	58
5.3 Mitos	58
5.4 Bibliografia	58
B.6 Contraceção definitiva	59
6.1 Laqueação Tubária (Lt) / Salpingectomia	59
6.1.1 Eficácia	59
6.1.2 Vantagens e desvantagens	60
6.1.3 Advertências	60
6.1.4 Complicações	60
6.1.5 Efeitos adversos	60
6.1.6 Critérios de elegibilidade para a realização de laqueação tubária	60
6.1.7 Mudança de opinião após a realização de LT	62
6.2 Vasectomia	62
6.2.1 Eficácia	62
6.2.2 Vantagens e desvantagens	62
6.2.3 Advertências	63
6.2.4 Critérios de elegibilidade para a realização de vasectomia	63
6.3 Bibliografia	63
Secção C: Contraceção em Situações Médicas Especiais	64
C.1 Contraceção após aborto (espontâneo ou induzido)	65
1.1 Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção após aborto	65
1.2 Recomendações para o início do método de contraceção	65
1.3 Informações adicionais	66
1.3.1 Início de CHC (oral, transdérmica, vaginal) e CPO	66
1.3.2 Início de contraceção hormonal injetável e subcutânea	67
1.3.3 Início da contraceção intrauterina	67
1.3.4 Realização de laqueação tubária	68
1.3.5 Início de contraceção com métodos barreira e naturais	68
1.4 Bibliografia	68



C.2 Contraceção no pós-parto	69
2.1 Critérios de elegibilidade para o uso contraceção após o parto	69
2.2 Amenorreia lactacional	70
2.3 Recomendações para o início do método de contraceção	70
2.4 Informações adicionais	71
2.5 Bibliografia	71
C.3 Contraceção na adolescência	72
3.1 Critérios de elegibilidade para o uso contraceção na adolescência	72
3.2 Recomendações para o início do método de contraceção	72
3.3 Informações adicionais	72
3.4 Bibliografia	74
C.4 Contraceção na perimenopausa	75
4.1 Critérios de elegibilidade para o uso contraceção na perimenopausa	75
4.2 Recomendações para o início do método de contraceção	75
4.3 Informações adicionais	75
4.4 Descontinuação da contraceção	76
4.5 Diagnóstico de menopausa e uso de contraceção	77
4.6 Bibliografia	77
Secção D: Contraceção Hormonal e Intrauterina com Condições Médicas Especiais	78
D.1 Doenças autoimunes e vasculares	79
D.2 Doenças cardiovasculares	84
D.3 Doenças metabólicas e endócrinas	87
D.4 Doenças gastrointestinais	90
D.5 Doenças do aparelho reprodutor	93
D.6 Doenças da mama	98
D.7 Doenças neurológicas	100
D.8 Doenças psiquiátricas	103
D.9 HIV / Imunodeficiência	106
D.10 Tuberculose	109
D.11 Transplante de órgãos sólidos	110
Secção E: Contraceção e Fertilidade	112
E.1 Qual a importância de promover a educação para a fertilidade?	113
E.2 Existe impacto negativo na fertilidade pelo uso de contraceção?	113
E.3 A contraceção aumenta o risco de infeção e de infertilidade subsequente?	114
E.4 O uso de contraceção hormonal pode atrasar o diagnóstico de algumas doenças, nomeadamente a endometriose?	114
E.5 O uso de contraceção hormonal pode prolongar a fertilidade?	114
E.6 Pode a consulta de PF detetar precocemente condições médicas que podem comprometer a fertilidade no futuro?	115
Secção F: Outros	116
F.1 Regimes terapêuticos para a normalização do padrão hemorrágico com a contraceção hormonal	117
F.2 Utilização de CHC em situações particulares	119
F.3 Interações farmacológicas com a contraceção hormonal	120
Secção G: Anexos	124
Anexo 1 Legislação vigente no âmbito da SSR	124
Direito à informação e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ao longo do seu ciclo de vida	124
Direito à saúde sexual e reprodutiva	126
Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez	127
Anexo 2 Contraceptivos disponíveis no âmbito do SNS	130
Contraceção hormonal	130
Contraceção não hormonal	130
Não estão disponíveis no âmbito do SNS	130
Anexo 3 Contraceptivos hormonais em Portugal	131
3.1 Contraceptivos hormonais disponíveis em Portugal	131
3.2 Contraceptivos hormonais comercializados em Portugal	132
3.3 Contraceptivos de longa duração não hormonais disponíveis em Portugal	133

Abreviaturas

AINE	Anti-inflamatórios não esteróides
AIT	Acidente isquémico transitório
ARV	Anti-retrovíricos
AVC	Acidente vascular cerebral
BRCA1	Breast Cancer Susceptibility gene 1
BHCG	Fração B da hormona gonadotrofina coriônica
CE	Contraceção de emergência
CH	Contraceção hormonal
CHC	Contraceção hormonal combinada
CP	Contraceção progestativa
CV	Cardiovascular
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CPO	Contraceção progestativa oral
CST	Cesariana segmentar
DCV	Doença cardiovascular
DIP	Doença inflamatória pélvica
DIU	Dispositivo intrauterino
DIU-Cu	Dispositivo intrauterino com cobre
DGS	Direção Geral da Saúde
DMO	Densidade mineral óssea
DMPA	Acetato de medroxiprogesterona
EAM	Enfarte agudo do miocárdio
EE	Etinilestradiol
E2	Estradiol
EM	Enfarte do miocárdio
EP	Embolia pulmonar
HbA _{1c}	Hemoglobina A _{1c}
HDL	Lipoproteína de elevada densidade
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
HPV	Papiloma vírus humano
HSG	Histerossalpingografia
HTA	Hipertensão arterial
IMC	Índice de massa corporal
IST	Infeções sexualmente transmissíveis
IVG	Interrupção voluntária da gravidez
LARC	Contraceção de longa duração e reversível
LDL	Lipoproteína de baixa densidade
LH	Hormona luteotrófica
LNG	Levonorgestrel
LT	Laqueação tubar
MTB	Método da temperatura basal
NA	Não aplicável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PRL	Prolactina
SIU	Sistema intrauterino
TA	Tensão arterial
TC	Tomografia computadorizada
TAR	Terapêutica anti-retrovírica
TGB	Tiroxin binding globulline
TIG	Teste imunológico de gravidez
TSH	Hormona tireotrófica
TEV	Tromboembolismo venoso
TVP	Trombose venosa profunda
SIDA	Síndrome de imunodeficiência adquirida
SNS	Serviço Nacional de Saúde

CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020

Secção A

Introdução

Introdução

"Os Estados devem considerar prioritário a prevenção da gravidez não desejada através da promoção do planeamento familiar e da educação sexual. A acessibilidade aos cuidados de saúde reprodutiva deve ser garantida universalmente e livre de discriminação".

High Commissioner for Human Rights¹

A.1 A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA EM PORTUGAL

De acordo com a legislação nacional atual e no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) deve ser garantido o acesso aos cuidados de Saúde Reprodutiva. O acesso é universal e gratuito às consultas de Planeamento Familiar nos Cuidados de Saúde Primários, Centros de Atendimento Jovem e nos Serviços de Ginecologia e Obstetrícia hospitalares (Anexo 1). Existem diferentes métodos de contraceção disponíveis para distribuição gratuita procurando assegurar a liberdade, a individualização e a segurança na escolha contracetiva e contribuir para a diminuição da gravidez não desejada e o recurso ao aborto (Anexo 2). É reconhecido o papel importante da contraceção de emergência na prevenção da gravidez estando garantida a sua acessibilidade através do SNS e através da venda livre em farmácia e em estabelecimentos autorizados à venda de medicamentos. É permitida a interrupção de gravidez em situações específicas incluindo a opção da mulher até às 10 semanas. Está garantido o acesso gratuito a cuidados na gravidez e parto. No âmbito da educação e promoção da saúde existe um programa de educação sexual nas escolas, a vacinação para a prevenção do cancro do colo do útero está garantida universalmente nas raparigas adolescentes e estão implementados planos de rastreio do cancro do colo do útero e da mama²⁻⁴.

Globalmente, as necessidades não satisfeitas em contraceção continuam a existir. Para 2030, a Organização Mundial de Saúde (OMS) propôs para a Europa (*UN Sustainable Development Goals*), um plano de ação para a saúde sexual e reprodutiva, reconhecendo a importância da implementação/continuação de novas políticas para garantir a equidade de acesso, condições e qualidade de saúde. Este plano foi aceite por todos os 53 países membros Europeus incluindo Portugal⁵.

O Consenso sobre Contraceção 2020, resulta de um trabalho das Sociedades Científicas na atualização da informação para os profissionais de saúde, com o objetivo de assegurar uma melhoria na qualidade de prestação de cuidados em Saúde Reprodutiva. A primeira edição foi publicada em 2003, seguindo-se a edição de 2011. Esta edição de 2020, contém uma revisão atualizada da anterior, com base na investigação médica, clínica e epidemiológica mais recente, segundo as recomendações gerais da OMS⁶⁻⁸.

A segurança de cada método contracetivo é determinada por situações individuais e condições médicas especiais. É fundamental assegurar que o método de contraceção não acresce morbidade à utilizadora, não potencie agravamento de uma condição médica existente e ou que, a condição médica existente não interfira na eficácia do método elegível. O Consenso sobre Contraceção de 2020, tem como objetivo fornecer informação para um aconselhamento contracetivo seguro, não pretende ser vinculativo e não deve ser o único elemento a ter presente na escolha contracetiva.

A.2 O QUE MUDA NO CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO, 2020

Todos os capítulos foram revistos e atualizados de acordo com as mais recentes atualizações científicas e com base na última publicação dos critérios de elegibilidade da OMS, CDC e UK.

Foram incluídos:

- As doenças cuja gravidez representa medicamente um risco inaceitável ou *risco acrescido de um desfecho materno-fetal desfavorável*.
- Definição de padrão hemorrágico.
- CHC: foi incluída informação e orientação sobre o uso de estrogénios naturais.
- COP: foi incluído informação e orientação sobre o uso de drospirenona 4mg oral isolada.
- Foi introduzido um capítulo sobre contraceção de longa duração, com três subtemas: contraceção com progestativo injetável, implante e contraceção intrauterina (incluindo informação sobre os novos contracetivos intrauterinos com 19,5 e 13,5 mg de levonorgestrel).
- Nas recomendações para o uso de contraceção hormonal e intra-uterina com condições médicas especiais foi incluída a esclerose múltipla, a hipertensão intracraniana idiopática, as doenças de transmissão sexual, os distúrbios alimentares, a doença bipolar e a esquizofrenia.
- Foram introduzidos novos capítulos: Contraceção e fertilidade; Regimes terapêuticos para a normalização do padrão hemorrágico com a contraceção hormonal; Utilização de CHC em situações particulares (viagens prolongadas, estadias temporárias em locais de elevada altitude, orientações pré-operatorias e em situações de imobilização prolongada); Interações farmacológicas e contraceção hormonal.
- Foram introduzidos novos anexos: Legislação vigente no âmbito da SSR (Anexo 1); Listagem dos contracetivos disponíveis no SNS (Anexo 2).

Nos capítulos presentes na edição de 2011:

- CE: foi incluída informação sobre a contraceção de emergência com o acetato de ulipristal.
- Nos métodos de contraceção naturais: a classificação foi modificada e foi incluída informação referente ao “Método dos Dois Dias” e foi excluído o espermicida uma vez que não está disponível em Portugal.
- Foi modificada a forma de apresentação do capítulo de contraceção com progestativo.
- O capítulo contraceção após interrupção voluntária da gravidez passou a denominar-se *Contraceção após aborto*, incluindo recomendações para o uso de contraceção após o aborto de 1.º e 2.º trimestre, espontâneo ou no âmbito do artigo 142, do Código Penal.
- Foi excluído no capítulo de Contraceção definitiva a oclusão tubar por via histeroscópica uma vez que em Portugal este método foi retirado de comercialização.

A.3 ACONSELHAMENTO, EFICÁCIA E EFETIVIDADE CONTRACETIVA

O aconselhamento é fundamental para garantir a efetividade de um contraceptivo (Quadro 1)^{7,9}. As utentes devem ser informadas corretamente e de forma clara sobre os métodos de contraceção disponíveis, promovendo o profissional de saúde condições para uma opção individual e livre considerando a situação ou condição médica, as necessidades e as expectativas.

Os profissionais de saúde que trabalham na área da saúde sexual e reprodutiva devem estar atualizados e informar sistematicamente sobre: uso correto, eficácia, possíveis efeitos adversos, riscos, benefícios não contraceptivos, atitude a tomar em caso falha de utilização ou utilização simultânea de outros medicamentos. Deve ser incluída no aconselhamento informação sobre contraceção de emergência reforçando-se a sua segurança, acessibilidade e conduta posterior.

QUADRO 1

Percentagem de mulheres com uma gravidez não planeada durante o primeiro ano de uso de um método de contraceção (uso corrente e uso correto) e percentagem que mantém o método ao fim de um ano de utilização (adaptado de Trussell)⁸.

MÉTODO CONTRACETIVO	% DE MULHERES QUE TEM UMA GRAVIDEZ NÃO PLANEADA NO PERÍODO DE 1 ANO, DE USO DO MÉTODO		% DE MULHERES QUE MANTÉM O MÉTODO AO FIM DE 1 ANO (3)
	Uso corrente (1)	Uso correto (2)	
Sem método	85	85	NA
Métodos naturais	24		47
Dias Standard		5	
Dois Dias		4	
Calendário		3	
Sintotérmico		0,4	
Coito interrompido	22	4	46
Preservativo			
Feminino	21	5	41
Masculino	18	2	43
CHC oral e PO	9	0,3	67
CHC vaginal	9	0,3	67
CHC transdérmica	9	0,3	67
PO injetável	6	0,2	56
Implante	0,05	0,05	84
Contraceção intrauterina			
DIU cobre	0,8	0,6	78
SIU LNG	0,2	0,2	80
Esterilização feminina	0,5	0,5	100
Esterilização masculina	0,15	0,10	100

- (1) % de gravidez não planeada entre os casais que iniciam o método (não necessariamente pela primeira vez), que usam o método de forma não consistente e continuamente.
 (2) % de gravidez não planeada entre os casais que iniciam o método (não necessariamente pela primeira vez), que o usam corretamente (consistentemente e continuamente) durante o primeiro ano de utilização.
 (3) Entre os casais que desejam evitar a gravidez, a % que mantém o uso do método ao fim de um ano.

A.4 CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE UM CONTRACETIVO

Em mulheres saudáveis todos os métodos de contraceção são elegíveis. No entanto, existem situações e condições médicas em que o uso de alguns contraceptivos pode aumentar a morbilidade, quer por condicionar agravamento da condição clínica existente quer pela situação/condição clínica condicionar um aumento dos riscos inerentes ao uso do método. Neste sentido, a OMS estabeleceu critérios para o uso seguro e efetivo de um contraceptivo: *Crítérios de elegibilidade para o uso de contraceção (Quadro 2)*. São utilizadas categorias diferentes para os métodos naturais e contraceção definitiva (apresentadas nos respetivos capítulos)⁷.

QUADRO 2

Crítérios médicos de elegibilidade para o uso de contraceptivos e decisão clínica, OMS⁷.

CATEGORIA	DECISÃO CLÍNICA ESPECÍFICA	DECISÃO CLÍNICA GLOBAL
1	Não existem restrições ao uso do método	Método a usar em todas as circunstâncias
2	As vantagens do uso do método superam os riscos provados ou teóricos	Método geralmente a ser usado
3	O risco provado ou teórico de uso do método supera as vantagens	O uso do método não é recomendado a menos que outro não esteja disponível ou não seja aceite
4	O uso do método representa um risco inaceitável para a saúde	Método a não usar

A.5 EXAME OU TESTE A REALIZAR PARA O INÍCIO DE UM CONTRACETIVO (Quadro 3)

A classificação seguinte é uma orientação prática de testes ou exames a realizar no início de um contraceptivo. É uma recomendação para uma população geral e saudável. As mulheres portadoras de doenças crónicas podem necessitar de exames acrescidos, devendo ser orientadas especificamente de acordo com a condição clínica^{7,10}.

Classe A: essencial e imprescindível em todas as circunstâncias para o uso seguro de um método contraceptivo.

Classe B: contribui significativamente para o uso seguro de um método contraceptivo, mas a sua implementação depende das condições gerais de funcionamento dos Serviços. Os riscos da sua não realização devem ser considerados com o benefício do uso do método.

Classe C: não contribui significativamente para o uso seguro e efetivo do método de contraceção.

QUADRO 3

Recomendação para a realização de exame clínico e auxiliar de diagnóstico para o início de um contraceptivo¹⁰.

EXAME/TESTE	CHC	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE SUBCUTÁNEO	DIU/SIU	LAQUEAÇÃO TUBÁRIA
Avaliação da TA	B	B	B	B	C	A
Palpação mama	C	C	C	C	C	C
Exame ginecológico	C	C	C	C	A	A
Citologia do colo	C	C	C	C	C	C
Análises de rotina	C	C	C	C	C	B

O rastreio por rotina das trombofilias antes da CHC não é recomendado pela raridade da doença e pelo elevado custo do rastreio^{7,11}.

A.6 DEFINIÇÃO DE PADRÃO HEMORRÁGICO

Na introdução de um contraceptivo o aconselhamento é fundamental. O padrão hemorrágico da mulher, cuja terminologia está sistematizada com base na classificação da OMS, pode ser modificado pelo contraceptivo introduzido (Quadro 4)¹².

O termo “padrão hemorrágico problemático” refere-se a uma modificação do padrão hemorrágico que interfere na qualidade de vida da mulher.

QUADRO 4
Padrão hemorrágico com o uso de contraceção.

PADRÃO HEMORRÁGICO	DURAÇÃO (período de referência 90 dias)
Previsível	Hemorragia de privação regular (no intervalo livre de contraceção ou durante a toma de placebo)
Perda hemática frequente	Mais de 5 episódios de perda hemática num período de referência de 90 dias
Perda hemática pouco frequente	Menos de 3 episódios de perda hemática no período de referência
Amenorreia	Sem perda hemática ou <i>spotting</i> no período de referência
Perda hemática prolongada	Episódio hemorrágico com duração ≥ 14 dias (dias consecutivos ou intercalados com dias sem perda hemática)
<i>Spotting</i>	Corrimento vaginal hemático escasso sem necessidade de proteção higiénica

A.7 CONDIÇÕES MÉDICAS NAS QUAIS A GRAVIDEZ (OU A GRAVIDEZ NÃO PLANEADA) REPRESENTA MEDICAMENTE UM RISCO INACEITÁVEL OU TEM RISCO DE UM DESFECHO MATERNO-FETAL DESFAVORÁVEL

As mulheres com condições médicas especiais ou sob terapêuticas com risco teratogénico, nas quais a gravidez ou a gravidez não planeada constitua um risco devem ser aconselhadas a usar métodos de contraceção muito efetivos (risco de gravidez $< 1\%$ em uso corrente ao fim de um ano de utilização) e seguros. Os métodos elegíveis são os contraceptivos reversíveis de longa duração e os métodos de contraceção definitivos. É importante garantir que as mulheres utilizadoras de implante contraceptivo não estejam a utilizar simultaneamente um medicamento indutor enzimático¹³.

Em caso de desejo de gravidez deve ser promovido o aconselhamento pré-concepcional especializado e multidisciplinar (Quadro 5)⁷.

QUADRO 5
Condições médicas em que a gravidez não planeada está associada a um risco elevado de desfecho desfavorável (materno, fetal e/ou neonatal).

<ul style="list-style-type: none"> Doença oncológica em tratamento Doença trofoblástica gestacional D. Cardíaca valvular complicada D. Cardíaca isquémica Cardiomiopatia peri-parto HTA grave e não controlada (sistólica ≥ 160 mm Hg ou diastólica ≥ 100 mm Hg) Cirurgia bariátrica $< 1-2$ anos Fibrose quística Diabetes tipo 1 com nefropatia, retinopatia ou neuropatia ou outra doença vascular ou duração > 20 anos Obesidade mórbida 	<ul style="list-style-type: none"> Adenoma hepatocelular Schistosomíase com fibrose hepática SIDA Tuberculose Cirrose Severa (descompensada) Anemia de Células Falciformes Epilepsia não controlada ou sob terapêutica teratogénica Transplante de órgão sólido < 2 anos AVC LES (formas graves não controladas) Mulheres sob terapêutica teratogénica (incluindo isotretinoína)
--	---

A.8 COMO USAR ESTE DOCUMENTO

No Consenso sobre Contraceção de 2020 foram incluídos todos os métodos de contraceção disponíveis em Portugal (Anexo 3). O sistema de classificação (Categoria 1 a 4 da OMS) (Quadro 2) foi usado para todos os métodos contraceptivos (excepto naturais e definitivos) e no aconselhamento contraceptivo em situações/condições médicas específicas.

“A consulta de Planeamento Familiar / Saúde da mulher / Rotina de ginecologia deve constituir uma oportunidade de educação para a saúde com:

- Prevenção da obesidade, tabagismo, comportamentos aditivos;
- Promoção de estilos de vida saudáveis incluindo o cumprimento do plano nacional de vacinação para o cancro do colo do útero; o programa de rastreio do cancro do colo e mama, e a prevenção das infeções sexualmente transmissíveis;
- Promoção da igualdade de género com prevenção e rastreio de violência;
- Prevenção de rituais sociais de risco como a mutilação genital feminina”.

A.9 BIBLIOGRAFIA GERAL

- United Nations, H. R. *Information series on sexual and reproductive health and rights contraception and family planning*. (2015).
- Diário da República – 1ª série - N.º 99. *Resolução da Assembleia da República n.º 46/2010*.
- Diário da República – 1ª série - A N.º 240. *Garantias do Direito à Saúde Reprodutiva*.
- Diário da República – 2ª série - N.º 172. *Catálogo de aprovisionamento Público da Saúde*.
- WHO Regional Committee for Europe. *Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind*. (2016).
- World Health Organization. *Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations*. (2014).
- WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).
- Trussell, J. Contraceptive technology. in *Contraceptive technology* (eds. Hatcher, R. et al.) (Ardent Media, 2011).
- WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use. *Selected practice recommendations for contraceptive use - 3rd ed. 275, 429–432* (2016).
- Curtis, K. M. et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Guidance. *Problematic bleeding with hormonal contraception*. (2015).
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare Clinical Effectiveness Unit: *Contraception for women using known teratogenic drugs or drugs with potential teratogenic effects* (2018).

Secção B

Métodos de Contraceção

Métodos de Contraceção

B.1 CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA (CHC)

A contraceção hormonal combinada consiste na associação de estrogénios e progestativos. O progestativo é o principal responsável pelo efeito contraceptivo e o estrogénio pelo controlo do ciclo¹.

1.1 COMPOSIÇÃO

ESTROGÉNIOS

Etinilestradiol (EE) é um estrogénio sintético de elevada potência sob o ponto de vista biológico, e que faz parte da composição da maioria dos contraceptivos hormonais combinados (CHC).

A dose de EE é um fator importante, pois está relacionada com os riscos e efeitos adversos. Ao longo dos anos tem-se assistido a uma redução progressiva da dose de EE, variando as dosagens atualmente comercializadas entre 15 e 35 µg^{1,2} (ver Anexo 2 e 3).

O **valerato de estradiol** e o **estradiol** parecem ter menos efeitos metabólicos e um perfil de segurança potencialmente maior do que o EE, mas ainda é necessária confirmação destes dados por estudos randomizados (Quadro 1)³⁻⁵.

QUADRO 1

Formulações com estrogénio natural comercializadas em Portugal.

TIPO DE ESTROGÉNIO	TIPO DE PROGESTATIVO
Estradiol 1,5mg	Acetato de nomegestrol 2,5 mg
Valerato de estradiol em dose variável (1, 2 e 3 mg)	Dienogeste dose variável entre 2 e 3mg

PROGESTATIVOS

Atualmente em Portugal, os progestativos usados em contraceção são derivados da 19-nortestosterona, da 17 OH–progesterona e da espironolactona. Os progestativos podem ser classificados em “gerações” de acordo com a entrada no mercado. Esta classificação não tem base científica e não é standartizada e pode diferir entre instituições e publicações (Quadro 2)⁶⁻⁹. Os progestativos têm diferentes ações consoante os recetores onde atuam preferencialmente (Quadro 3)^{7,8,10,11}.

QUADRO 2

Progestativos usados em CHC.

DERIVADOS DA 19-NORTESTOSTERONA			DERIVADOS DA 17 OH - PROGESTERONA	DERIVADOS DA ESPIRONOLACTONA
2.ª geração	3.ª geração	4.ª geração	não classificado	4.ª geração
Levonorgestrel Norgestimato	Gestodeno Desogestrel	Dienogeste	Acetato de ciproterona Acetato de clormadinona Acetato de nomegestrol (NOMAC)	Drospirenona

(Norelgestromina é o metabolito ativo do norgestimato; etonogestrel é o metabolito ativo do desogestrel)

QUADRO 3

Efeitos dos progestativos nos recetores hormonais.

PROGESTATIVO	ESTROGÉNICOS	ANDROGÉNICOS	ANTIANDROGÉNICOS	ANTIMINERALO-CORTICÓIDES
Levonorgestrel	-	+	-	-
Gestodeno	-	+	-	+
Desogestrel	-	+	-	-
Acetato Ciproterona	-	-	+++	-
Acetato Clormadinona	-	-	+	-
Acetato Nomegestrol	-	-	+	-
Dienogeste	-	-	++	-
Drospirenona	-	-	+	+

+ efeito; (+) não clinicamente significativo; - nenhum efeito

1.2 VIAS E REGIMES DE ADMINISTRAÇÃO

Existem diversas vias de administração e regimes (Quadro 4). Estão disponíveis a via oral, transdérmica e vaginal, sendo a oral a mais utilizada¹⁰. A eficácia e os riscos não são modificados pela via de administração.

Na via transdérmica são atingidos níveis séricos mais elevados de EE correspondendo a 1,6 vezes superior a uma pílula de 30µg^{12,13}. Na via vaginal são obtidos níveis mais reduzidos e estáveis de EE (equivalente a 20 µg diários)^{12,13}.

Segundo o esquema de associação das duas hormonas, os CHCs denominam-se: monofásicos, bifásicos, trifásicos e quadrifásicos^{5,14}. Várias revisões sistemáticas concluíram que os regimes de administração multifásicos não aumentam a eficácia contraceptiva nem mostraram vantagens comparativamente com os regimes monofásicos¹⁵.

Os regimes multifásicos obrigam a respeitar a ordem na toma dos comprimidos e não é possível a sua utilização em regime contínuo.

QUADRO 4

Vias e regimes de administração dos CHC.

21, oral	Toma de 21 comprimidos seguida de 7 dias de intervalo de toma
28 (21/7), oral	Toma contínua de 21 comprimidos de pílula seguido de 7 comprimidos de placebo
28 (24/4), oral	Toma contínua de 24 comprimidos de pílula seguido de 4 comprimidos de placebo
21, vaginal	Utilização de anel durante 21 dias com intervalo de 7 dias sem uso de anel
21, transdérmico	Aplicação semanal de selo durante 3 semanas e intervalo de 7 dias sem uso de selo
Regime contínuo	Nas formulações orais, monofásicas, na via transdérmica e vaginal pode fazer-se uma toma/uso contínuo sem intervalo livre

O regime de toma/uso contínuo sem intervalo livre melhora os sintomas associados ao declínio dos níveis hormonais (estrogénios) na altura da pausa, podendo ser benéfico em algumas situações clínicas (síndrome pré-menstrual e endometriose) ou da preferência de algumas mulheres¹⁶⁻¹⁸.

1.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CHCA CHC é indicada^{19,20}:

- Em todas as mulheres que pretendam um método contraceptivo reversível, seguro e independente do coito.
- Nas mulheres cuja situação/condição médica, o benefício do uso do método supere os riscos (mulheres elegíveis para o uso de CHC) (Quadro 5).





- Nas situações em que os benefícios não contraceptivos possam resultar em vantagens terapêuticas e na melhoria da qualidade de vida da mulher.

Desde 1996 a OMS tem publicado os *Crítérios de elegibilidade* para o uso de métodos contraceptivos (ver Secção A: Quadro 2) em diferentes patologias e situações clínicas baseadas na evidência científica disponível²¹.

Os CHCs não devem ser utilizados na presença de qualquer uma das situações classificadas como Categoria 4 e deve ser dada preferência a outros métodos contraceptivos nas situações classificadas como Categoria 3²¹⁻²³ (Quadro 5).

As diferentes vias de administração da CHC (oral, vaginal e transdérmica) e as formulações com estradiol ou valerato de estradiol têm de um modo geral, os mesmos critérios de elegibilidade, considerando a evidência clínica disponível até ao momento e dada a falta de estudos epidemiológicos a longo prazo (Quadro 5).

QUADRO 5Situações/condições médicas nas quais o uso de CHC não é recomendado/não deve ser utilizado (Categoria 3 e 4)²¹⁻²³.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CATEGORIA 4	CATEGORIA 3	COMENTÁRIOS
Pós-parto  Que não amamenta	<21 dias pós-parto + fatores de risco para TVP	<21 dias pós-parto e sem outros fatores de risco de TVP >21 dias a 42 dias e com outros fatores de risco para TVP	O risco de TVP está aumentado nas primeiras 3 semanas após o parto, principalmente na presença de outros fatores de risco: imobilidade, hemorragia pós-parto, IMC>30, Pré-eclampsia e tabagismo
Pós-parto  A amamentar	<6 semanas pós-parto	> 6 semanas a < 6 meses pós-parto	Os estudos mostram resultados contraditórios em relação ao desenvolvimento das crianças expostas aos estrogénios durante a amamentação ^{24,25}
Tabagismo	Idade ≥ 35 anos e ≥ 15 cigarros por dia	Idade ≥ 35 anos e <15 cigarros por dia e/ou suspendeu há menos de 1 ano ²³	O uso de CHC associado ao tabaco aumenta o risco de DCV principalmente de enfarte do miocárdio(EM) e este risco está diretamente relacionado com o nº de cigarros/dia ^{21,26,27}
Hipertensão arterial (HTA)	Sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 mmHg Com doença vascular associada	Sistólica > 140-159 mmHg ou diastólica > 90 a 99 mmHg Antecedentes de HTA em mulheres em que não é possível vigiar a TA	CHC aumenta o risco de AVC, EM e doença arterial periférica nas mulheres c/ HTA quando comparadas com não utilizadoras de CHC ²⁷
Tromboembolismo venoso	Antecedentes de TEV/EP com e sem terapêutica anticoagulante e alto risco para TEV/EP (um ou mais fatores de risco) TEV/EP agudo Cirurgia major com imobilização prolongada	Antecedentes de TEV/EP sem terapêutica anticoagulante e sem fatores de risco para TEV /EP Antecedentes de TEV/EP com terapêutica anticoagulante há pelo menos 3 meses e sem fatores de risco para TEV /EP	A CHC deve ser suspensa pelo menos 4 semanas antes de uma cirurgia eletiva, com duração superior a 30 minutos
Trombofilias	Fator V Leiden Mutações da protrombina, Déficit de proteína S, proteína C e antitrombina		Não está recomendado fazer o rastreio por rotina das trombofilias Nas mulheres com mutações trombogénicas o uso de CHC aumenta o risco de TVP em 2 a 20 x quando comparadas com as não utilizadoras ²⁸
Doença cardiovascular	Doença coronária História de EAM AVC Patologia valvular cardíaca complicada: (ex: HTA pulmonar, fibrilhação auricular) Associação de múltiplos fatores de risco CV	Associação de múltiplos fatores de risco CV, em mulheres < 35 anos	



SITUAÇÃO CLÍNICA	CATEGORIA 4	CATEGORIA 3	COMENTÁRIOS
Doenças reumatológicas (LES)	Síndrome de Anticorpos antifosfolípidos (SAAF)		O SAAF está relacionado quer com o risco de trombose venosa quer arterial
Doenças neurológicas	Enxaquecas com aura Enxaqueca sem aura e idade > 35 anos (continuação)	Enxaqueca sem aura e idade <35 anos (continuação) Enxaqueca sem aura e idade >35 anos (início)	As mulheres com enxaqueca com aura têm um risco acrescido de AVC que aumenta 2 a 4 x com o uso de CHC ²⁹
Doenças endócrinas	Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia grave Outras complicações vasculares graves da diabetes Diabetes com > 20 anos	Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia Outras complicações vasculares da diabetes	A classificação em 3 ou 4 depende do grau de gravidade da doença ²²
Doença inflamatória intestinal		Doença de Chron ou Colite Ulcerosa: Categoria 3 para COC Categoria 2 para o adesivo ou anel vaginal ^{22,14}	
Doenças hepato-biliares	Hepatite vírica aguda Cirrose hepática descompensada Adenoma hepático Carcinoma hepático	Doença hepato-biliar sintomática ou sob tratamento médico História pessoal de colestase associada a CHC	A CHC não deve ser usada nos tumores hepáticos mesmo após a cirurgia ²²
Obesidade		IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ^{2,23}	O risco de TVP aumenta para IMC > 30 kg/m^2 e ainda mais com IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$ ^{2,23}
Antecedentes de cirurgia bariátrica		Procedimentos que provocam mal absorção (bypass em Y de Roux) exceto para o anel e o adesivo que são Categoria 1 ^{22,23}	
Patologia da Mama	Cancro da mama	História pessoal de cancro da mama sem evidência de doença há 5 anos	
Transplante de órgão sólido	Complicado por: Falência aguda ou crónica do enxerto Rejeição Vasculopatia associado ao enxerto		

1.4 ACONSELHAMENTO PARA O USO DE CHC

Atualmente as mulheres podem optar por diversas formulações de contraceção hormonal combinada, que diferem entre si na composição e dosagem das hormonas, via de administração, intervalo livre e duração do ciclo.

Até à presente data nenhuma formulação de CHC demonstrou superioridade clínica inequívoca sobre as restantes. Contudo, existem diferenças de composição a nível dos estrogénios, e sobretudo no tipo de progestativos, que poderão tornar determinado composto mais adequado para cada caso em particular, considerando os benefícios não contraceptivos (ver Quadro 3).

Não há vantagens em interromper periodicamente os CHCs. Esta prática não diminui os riscos associados à sua utilização, não tem impacto na fertilidade futura da mulher, aumenta a probabilidade de gravidez indesejada e associa-se a um aumento do risco tromboembólico.

Os CHCs podem ser utilizados desde a menarca até à menopausa desde que respeitados os critérios de elegibilidade²¹⁻²³.

A escolha deve funcionar numa base individual, tendo em consideração:

- Os critérios de elegibilidade
- As preferências da mulher ou casal
- Os benefícios não contraceptivos²²

Devem ser preferidos os CHCs com a menor dose de EE possível. A utilização de compostos com 35 μg de EE está reservada para condições clínicas específicas relacionadas com a acne³⁰.

As vias transdérmica e vaginal para além das indicações gerais e comuns à via oral devem ser consideradas em mulheres com dificuldades na toma diária, com problemas na deglutição, com antecedentes de cirurgia bariátrica (malabsortiva), com doença inflamatória intestinal e diarreias crónicas.

1.4.1 REGRAS NA UTILIZAÇÃO (INÍCIO E ESQUECIMENTO)

Os contraceptivos orais podem ser iniciados em qualquer fase do ciclo, preferencialmente no aconselhamento (dia da consulta) (*Quick Start*), depois de se excluir a gravidez. São possíveis outros modos para o início da toma: o início no 1.º domingo depois da menstruação, no 1.º dia do ciclo menstrual. Se a toma tiver lugar nos primeiros 5 dias do ciclo menstrual não é necessário utilizar um método adicional para prevenção da gravidez. Sempre que o início da toma é fora dos primeiros cinco dias do ciclo deve ser aconselhado um método contraceptivo adicional nos primeiros 7 dias da toma (Quadro 6)^{22,31}.

QUADRO 6
Orientações para início de CHC.

MÉTODO ANTERIOR	QUANDO INICIAR	NECESSIDADE DE MÉTODO BARREIRA NOS PRIMEIROS 7 DIAS DE UTILIZAÇÃO
Sem contraceção	Até ao 5.º dia do ciclo	Não
	Em qualquer dia	Sim
CHC oral/transdérmica/vaginal	Após a última pílula	Não
Progestativo oral	Após a última pílula	Não
Implante	No dia de remoção do implante	Não
Ac de Medroxiprogesterona	No dia programado para a injeção	Não
SIU	No dia de remoção do SIU	Não
DIU	Iniciar em qualquer dia e remover o DIU na menstruação	Não
	ou Remover DIU de imediato	Sim

Deverá ser respeitada a hora da toma / colocação bem como os intervalos recomendados para as diferentes formulações. Considera-se atraso na utilização se ocorrer um intervalo inferior a 24h; considera-se esquecimento se for superior a 24h. O esquecimento da toma, na via oral, é um dos fatores que mais contribui para a falha do método. No início ou fim da carteira, falhar um comprimido ativo, tem efeito semelhante ao alargamento do intervalo livre de hormona e poderá não evitar a ovulação. Na 2.ª ou 3.ª semana, a falha de 1 comprimido geralmente não interfere com o mecanismo da ovulação (ver Quadro 7 - Orientação no esquecimento do CHC).

As pílulas em regime bifásico ou trifásico têm recomendações específicas que devem ser seguidas. Nas formulações com comprimidos placebos (4 ou 7) o atraso ou esquecimento destes não interfere na eficácia contraceptiva²².

O adesivo é aplicado semanalmente durante 3 semanas, seguidas de uma semana sem aplicação, o que o torna um método menos dependente da utilizadora, facto que poderá contribuir para o aumento da eficácia e da continuidade de uso. As zonas para aplicação são: a nádega, o braço, a região deltóide e o abdómen inferior. Caso haja esquecimento na mudança do adesivo devem ser respeitadas as instruções do Quadro 7.

O anel vaginal é utilizado durante 3 semanas seguidas de uma semana de intervalo. A aplicação uma vez por mês coloca o anel na categoria dos métodos com menor dependência da utilizadora e aumenta a sua adesão e continuidade de uso. O anel não deve permanecer fora da vagina por mais de 3 horas, em caso de esquecimento da substituição deverão ser seguidas as regras descritas no **Quadro 7**.

QUADRO 7

Orientações no esquecimento do CHC.

PÍLULA	ADESIVO	ANEL VAGINAL
<p>Falha de COC:</p> <p>1 comprimido: tomar logo que possível o comprimido esquecido;</p> <p>2 ou mais comprimidos na 1.ª ou 2.ª semana: usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes; se relação sexual desprotegida usar contraceção de emergência;</p> <p>2 comprimidos na 3.ª semana: terminar a embalagem e iniciar de imediato outra e usar contraceção adicional nos 1.ºs 7 dias;</p> <p>Falha de pílula c/ valerato de estradiol ou estradiol: ver recomendações específicas no folheto informativo do medicamento.</p>	<p>Falha na 1.ª semana: aplicar o adesivo logo que se lembre, contraceção adicional nos 7 dias seguintes, alterar o dia da substituição;</p> <p>Falha na 2.ª ou 3.ª semana: se o atraso for inferior a 48h aplicar novo adesivo, sem necessidade de contraceção adicional; se o atraso for superior a 48h iniciar novo ciclo, contraceção adicional nos 1.ºs 7 dias, se relação sexual sem proteção usar contraceção de emergência;</p> <p>Se esquecer de remover o último adesivo, removê-lo logo que se lembre e iniciar o ciclo seguinte no dia previsto.</p>	<p>Se o anel estiver fora da vagina menos de 3 horas, lavar em água tédida e voltar a inserir. Caso sejam ultrapassadas as 3h, utilizar um novo anel;</p> <p>Se o anel permanecer na vagina mais de 3 semanas, mas menos de 4 semanas, deve ser substituído e proceder-se à pausa normal de 7 dias;</p> <p>Se o anel permanecer mais de 4 semanas, perderá o efeito contracetivo. Se houver relação sexual desprotegida usar contraceção de emergência. Inserir novo anel e usar contraceção adicional nos 1.ºs 7 dias.</p>

1.5 EFEITOS INDESEJÁVEIS

Os efeitos indesejáveis (**Quadro 8**) podem ser atribuídos ao componente estrogénico, ao progestativo ou a ambos. Geralmente são de fraca intensidade, surgem nos primeiros meses de toma e regridem espontaneamente. Contudo, constituem uma das principais razões para o abandono da CHC³²⁻³⁴.

QUADRO 8

Efeitos indesejáveis dos CHCs.

SINTOMA	PROPOSTA ORIENTAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Hemorragias intracíclicas ou "spotting"	<p>Verificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - regularidade da toma - absorção - medicação associada - infeção - patologia orgânica <p>Tranquilizar a mulher</p> <p>Se persistir para além de 3 ciclos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterar para composto com dosagem mais elevada de EE, ou com esquema diferente (bi ou trifásica, embora sem evidência clínica) ou via administração diferente. 	<p>10 a 30 % das utilizadoras.</p> <p>Não há evidência que surjam com mais frequência nalgum do tipo de CHC.</p> <p>Recorrer à investigação clínica sempre que existir suspeita de patologia orgânica, persistência dos sintomas ou aparecimento dos mesmos depois de estabelecida hemorragia de privação cíclica.</p>
Ausência de hemorragia de privação	<p>Excluir gravidez.</p> <p>Tranquilizar e informar a mulher.</p> <p>Se a situação é inaceitável para a utilizadora:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterar para um composto de dosagem mais elevada de EE. 	<p>2 a 3 % das utilizadoras.</p> <p>Mais frequentes nos CHC de dosagem ≤ a 20 µg de EE.</p>

Náuseas e vômitos	<p>Reduzir a dose de EE.</p> <p>Tomar a pílula às refeições.</p> <p>Alterar a via de administração, preferencialmente para a via vaginal.</p>	<p>Relacionam-se com a dose de estrogénios.</p> <p>Efeito geralmente autolimitado aos primeiros 3 a 6 meses.</p>
Mastodinia	<p>Reduzir a dose de EE.</p> <p>Alterar a via de administração para oral ou vaginal.</p> <p>Alterar para um composto com progestativo diferente.</p>	<p>Relacionado ao estrogénio ou ao progestativo.</p> <p>Mais frequente na via transdérmica.</p> <p>Efeito geralmente autolimitado aos primeiros 3 a 6 meses.</p> <p>Larga variação individual.</p>
Cefaleias	<p>Reduzir a dose de EE.</p> <p>Reduzir o período de pausa.</p> <p>Alterar a via de administração para oral ou vaginal.</p>	<p>Relaciona-se com a dose de EE.</p> <p>Mais frequente na via transdérmica.</p> <p>Mais frequente no período de pausa.</p>
Alterações do peso corporal	Aconselhamento com medidas higieno-dietéticas.	<p>CHCs podem ser suscetíveis de provocar ligeiras (± 1 a 2 kg) variações de peso nas mulheres que iniciam o uso. A taxa de abandono dos CHCs devido a ganho ponderal não foi diferente. Numa revisão do Cochrane não foram encontradas alterações major do peso corporal em relação com o uso de CHC³⁴.</p>
Alterações do humor / Depressão	<p>Alterar para esquemas com período de pausa encurtado.</p> <p>Administrar suplemento de vitamina B6.</p>	<p>Estudos randomizados não revelaram alterações significativas, em comparação com o placebo.</p> <p>Mais frequente nos períodos de pausa.</p> <p>Esta situação poderá ser causada por défice de vitamina B6.</p>
Reações cutâneas	Alterar a via de administração.	20% das utilizadoras referiram reações cutâneas ao adesivo, apenas em 2% dos casos estas reações constituíram motivo de abandono do método.
Corrimento vaginal (leucorreia)	<p>Informar a utilizadora.</p> <p>Diagnóstico diferencial com vaginites.</p> <p>Alterar a via de administração.</p>	Associado mais frequentemente ao anel ^{35,36} .

1.6 RISCOS**DOENÇA CARDIOVASCULAR**

As alterações patológicas observadas no sistema cardiovascular podem relacionar-se com os sistemas:

- **Venoso:** tromboembolismo pulmonar ou trombose venosa profunda.
- **Arterial:** angina de peito, enfarte agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral.

TROMBOEMBOLISMO VENOSO

- O tromboembolismo venoso (TEV) é um efeito adverso grave, mas raro, da CHC. O aumento do risco de TEV nas utilizadoras de CHC é inferior ao risco de TEV associado à gravidez. É mais elevado no primeiro ano de utilização do método e diminui com a duração do uso^{1,37}.
- O risco de TEV está associado ao componente estrogénico dos CHC e à sua dose.
- A associação EE+NGMN por via transdérmica está associada a um risco mais elevado do que a via oral ou vaginal³³.
- Vários estudos referem um aumento do risco de TEV nos CHC com progestativos de 3.ª geração (gestodeno e desogestrel) e com progestativos com propriedades anti-androgénicas (drospirona e acetato de ciproterona) quando comparados com os CHC com levonorgestrel. No entanto, este risco é pequeno e inferior aos benefícios.
- Numa meta-análise recente demonstrou-se que a incidência de TEV nas não utilizadoras de pilula variava de 2 a 4 / 10 000 mulheres-ano e que o uso de CHC aumentava o risco em 3,5 vezes. Este risco era 50 a 80% mais elevado nos CHC com os progestativos de 3.ª geração e antiandrogénicos quando comparados com o uso de CHC com levonorgestrel. Não encontraram diferenças de risco de TEV entre os progestativos de 3.ª geração e os antiandrogénicos. Em 2015, um outro estudo veio demonstrar um RR de 2,3 x para os progestativos de 2.ª geração e um RR entre 3,6 e 4,3x para os de 3.ª geração e antiandrogénicos. A diferença absoluta do risco é pequena, sendo o risco estimado de 4 a 6 por 10 000 utilizadoras por ano^{30,38-40-42}.
- Um estudo prospetivo multinacional veio demonstrar não haver diferenças significativas nos eventos tromboembólicos com os vários tipos de progestativos⁴³. Assim, os principais estudos nesta área têm revelado algumas divergências, sobretudo no que diz respeito às diferenças de risco verificadas com os diferentes progestativos^{38-40,43,44}. Estas divergências poderão ser explicadas por diferenças na metodologia e fatores de enviesamento. Saliente-se que os estudos em que é atribuído maior risco de TEV aos progestativos mais recentes, nomeadamente a drospirona, são estudos retrospectivos em que os eventos nem sempre foram devidamente validados e os fatores de risco não foram adequadamente considerados.
- As trombofilias aumentam o risco de TEV e arterial⁴⁵, contudo não está indicado efetuar o estudo das trombofilias antes da utilização de qualquer CHC¹.

1.7 RECOMENDAÇÕES PRÁTICAS

Mulheres com elevado risco TEV (obesidade, tabagismo, história familiar de TEV ou doenças cardiovasculares) devem ser devidamente aconselhadas a utilizar métodos livres de estrogénios (EE e estradiol).

No processo de aconselhamento contracetivo o risco de TEV é apenas um critério a considerar e outros fatores devem ser considerados tais como a eficácia, tolerabilidade, benefícios não contraceptivos e não aceitação de métodos³⁰.

TROMBOEMBOLISMO ARTERIAL OU TROMBOSE ARTERIAL

Os CHCs não aumentam significativamente o risco individual de enfarte do miocárdio e acidente vascular cerebral (AVC) quando utilizados por mulheres não fumadoras, sendo este risco independente da idade.⁴⁶

Os progestativos de 3.ª geração têm um perfil mais favorável, mas não se verificou alterações no risco de tromboembolismo arterial com os diferentes progestativos.

ENFARTE DE MIOCÁRDIO

O enfarte de miocárdio (EM) é uma situação extremamente rara nas mulheres em idade reprodutiva. O uso de CHCs está associado a um ligeiro aumento do risco relativo de EM (4 vezes mais se idade <35 anos e 40 vezes mais se idade >35 anos) na ausência de outros fatores de risco. O tabagismo, isoladamente, possui maior risco de EM do que a utilização da contraceção hormonal (8 vezes em mulheres < 35 anos e 88 vezes em mulheres >35 anos).

O risco de EM em mulheres fumadoras que utilizem CHC está aumentado 43 vezes em mulheres < 35 anos e 485 vezes após os 35 anos de idade^{26,29,43,46,47}.

ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL

O AVC é uma situação extremamente rara nas mulheres em idade reprodutiva (3,5:100 000). As mulheres a utilizar CHC apresentam um aumento do risco relativo de AVC comparativamente com as não utilizadoras⁴⁶.

Muitos estudos revelaram um aumento de risco de AVC nos casos de existência cefaleia com aura, contudo o mesmo risco não foi consistentemente demonstrado nos casos de enxaqueca sem aura⁴⁸. Outros fatores que influenciam o risco de AVC, utilizadora ou não de CHC, são a hipertensão arterial e o tabagismo⁴⁶.

CANCRO

A CHC não está associada ao aumento do risco de cancro em geral^{49,50}.

Cancro da Mama

A relação entre CHC e cancro da mama em mulheres jovens é controversa^{51,52}.

- Numa meta-análise de estudos prospetivos recentes não foi demonstrado aumento do risco associado ao uso presente ou passado de CHC⁵³.
- O risco não é acrescido em mulheres com doença benigna da mama ou história familiar de cancro da mama^{38,40,41}.
- A mortalidade por cancro da mama não varia de forma significativa entre as mulheres que utilizaram a CHC e as que nunca a utilizaram^{50,53,54}.
- Uma meta-análise recente demonstrou que a incidência de cancro da mama e ovário em mulheres portadoras da mutação BRCA1 a BRCA2 era semelhante entre as utilizadoras e não utilizadoras da CHC⁵³.

Cancro do Colo do Útero

A relação entre o uso de CHC e cancro do colo é controversa⁵⁵. Existe uma associação fraca entre o uso de CHC e a ocorrência de carcinoma epidermoide⁵⁶.

Existem cofatores de risco como: múltiplos parceiros, exposição ao vírus do papiloma humano (HPV) e o tabagismo, que podem causar enviesamentos nos resultados dos vários estudos⁵⁶.

A CHC pode ser usada com segurança (Categoria 1 e 2) em mulheres com história de lesão intraepitelial de baixo e alto, incluindo as que foram submetidas a cirurgia⁵⁶.

Tumores Hepáticos

O aumento da incidência de tumores hepáticos benignos, adenomas, tem sido associado ao uso de CHC. Este aumento tem relação direta com as doses de estrogénios^{55,56}.

1.8 BENEFÍCIOS NÃO CONTRACETIVOS

A CHC tem benefícios não contraceptivos, que melhoram qualitativamente a vida da mulher e que interferem positivamente na prevenção de algumas doenças (Quadro 9)^{19,32,57-59}.

QUADRO 9

Benefícios não contraceptivos da CHC.

BENEFÍCIOS	OBSERVAÇÕES
Redução da dismenorreia	
Redução da síndrome pré-menstrual	Efeito comprovado em contracetivo oral com drospirona e redução do intervalo livre de hormonas para 4 dias ^{36,60} .
Redução do fluxo menstrual e prevenção da anemia ⁶¹	Efeito verificado com todas as formulações. A CHC com estrogénios naturais e esquema quadrifásico foi aprovada para o tratamento da hemorragia menstrual abundante na ausência de patologia orgânica.
Redução da hemorragia uterina anómala associada a alguns tipos de fibromiomas uterinos ⁵⁹	A CHC não é tratamento da patologia miomatosa.
Redução do aparecimento de quistos foliculares e luteínicos ⁵⁹	Em mulheres com quistos funcionais volumosos os contraceptivos hormonais não promovem a sua resolução mais rapidamente do que o tratamento expectante.
Prevenção dos sintomas com exacerbação menstrual ⁵⁹	Em especial a cefaleia catamenial, que melhora com o uso contínuo de CHC.
Indução de amenorreia por opção da mulher	Associada a melhoria na qualidade de vida.
Tratamento dos sintomas de hiperandrogenismo (acne e hirsutismo) ⁶²	Utilizando um progestativo anti-androgénico.

PREVENÇÃO DO CANCRO

Diminuição do risco de cancro do ovário: a CHC associa-se a diminuição em 40% do risco de tumores malignos e *borderline* epiteliais do ovário. Esta proteção, está descrita mesmo com utilizações de curta duração (3 a 6 meses), aumenta com a duração do uso e prolonga-se pelo menos 15 anos após a suspensão dos CHC^{50,55,59,63,64}. A proteção é especialmente importante em mulheres de alto risco (nulíparas e com história familiar de cancro de ovário/mama) e observada em situações com mutações dos genes BRCA1 e BRCA2¹³.

Diminuição do risco de cancro do endométrio: o uso de CHC associa-se a diminuição em 50% do risco de adenocarcinoma do endométrio, que persiste por mais 20 anos após descontinuação. O efeito protetor correlaciona-se com a duração da toma e é maior para períodos de tempo superiores a 3 anos^{50,55,56,65}.

Diminuição do risco de cancro do colórectal: a CHC associa-se a diminuição de 18% na incidência de cancro colórectal. A redução de risco é maior nas utilizadoras recentes e independente do tempo de uso^{56,58,66}.

PREVENÇÃO/CONTROLE DE SINTOMAS ASSOCIADOS A PATOLOGIA GINECOLÓGICA

- Possível redução de doença benigna da mama⁶⁷.
- Doença inflamatória pélvica (DIP) / salpingite.
- Endometriose.
- Gravidez ectópica.
- Melhoria dos sintomas vasomotores da perimenopausa.
- Aumento da densidade mineral óssea na perimenopausa^{58,59,68-70}.

TRATAMENTO DO HIPERANDROGENISMO

- **Acne:** redução da incidência e severidade da acne. Os fármacos mais eficazes são os que contêm progestativos com maiores efeitos anti-androgénicos, especialmente o acetato de ciproterona, mas também o dienogeste, drospirenona e o acetato de clormadinona⁶².
- **Hirsutismo:** verifica-se uma redução do crescimento do pêlo mais acentuada com os CHC contendo progestativos com efeitos anti-androgénicos mais acentuados, como o acetato de ciproterona, dienogeste, drospirenona e acetato de clormadinona^{58,59}.

1.9 EFEITO NA FERTILIDADE

- **Fertilidade:** Não foi estabelecida qualquer relação entre o uso de CHC e infertilidade^{21,22} (ver Secção E: *Contraceção e Fertilidade*).
- **Gravidez:** Vários estudos demonstraram que o uso inadvertido de CHC durante o ciclo da concepção e na gravidez precoce não aumenta o risco de anomalias congénitas, não interfere na evolução da gravidez e não aumenta o risco de morbilidade ou mortalidade neonatal ou infantil²².

1.10 INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS

O processo de absorção e metabolização dos CHCs pode ser afetado ou afetar outros medicamentos (Quadro 10)^{21,71}. O significado clínico destas interações é questionável e alvo de variabilidade individual, pode ocorrer nos processos de absorção, ligação às proteínas de transporte ou ao recetor e na metabolização hepática (Quadro 11) (ver Secção F: *Interações Farmacológicas com a Contraceção Hormonal*).

QUADRO 10

Fármacos em que existe evidência de interação com a CHC.

DIMINUEM A EFICÁCIA CONTRACETIVA	AUMENTAM A ATIVIDADE DO CHC	CHC AUMENTA A CONCENTRAÇÃO
Carbamazepina Oxicarbazepina Eslicarbazepina Fenobarbital Fenitoína Primidona Rufinamida Topiramato* Rifampicina Rifabutina Erva-são-João Griseofulvina Etosuximida Ritonavir	Acetaminofeno Eritromicina Fluoxetina Fluconazol Fluvoxamina Sumo de uva Nefazadona Vitamina C	Cafeína Ciclosporina Corticosteróides Clordiazepóxido Diazepam Alprazolam Nitrazepam Triazolam Propranolol Fenitoína Selegilina Teofilina

* para doses acima de 200 mg

A CHC reduz a concentração sérica da lamotrigina (aumenta a eliminação renal) o que pode levar a diminuição do controlo das crises de epilepsia na fase ativa da toma e por outro lado a um aumento desta concentração no intervalo livre de CHC com risco de toxicidade, pelo que as mulheres que utilizam este fármaco para o tratamento da epilepsia apresentam um risco mais elevado de toxicidade e efeitos adversos no intervalo (dias de pausa/dias de toma de comprimidos placebo) dos CHC, pelo que deve ser considerada a utilização do contraceptivo em regime contínuo (Quadro 11)^{21,71}.

As formulações contendo drospirenona podem interferir com outros fármacos suscetíveis de modificar os níveis séricos de potássio, tais como espironolactona, inibidores da enzima de conversão da angiotensina e anti-inflamatórios não esteróides, podendo existir risco de hiperkaliémia quando se verificarem associações por períodos de tempo prolongados⁷¹.

A CHC pode reduzir o efeito do acetato de ulipristal usado na contraceção de emergência, pelo que o uso do contraceptivo só deve ser retomado após 5 dias de uso da CE (ver Secção B.3 *Contraceção de emergência* e Secção F: *Interações Farmacológicas com a Contraceção Hormonal*)⁷¹.

QUADRO 11

Orientações práticas por grupo de fármacos relativamente aos CHCs.

FÁRMACO	AÇÃO	ORIENTAÇÃO
Antibióticos	A eficácia da pílula contraceptiva não é diretamente afetada por AB de largo espectro. Exceções: rifampicina e rifabutina	No caso de diarreia ou alteração da flora intestinal se usar COC deve associar um método contraceptivo adicional, durante a terapêutica e nos 7 dias seguintes.
Antifúngicos e antiparasitários	Podem ser utilizados. Exceção: griseofulvina em uso prolongado	Sem necessidade de proteção adicional.
Anticonvulsivantes	Na sua maioria são indutores enzimáticos.	Preferir regimes c/ valproato de sódio, gabapentina, levetiracetam e tiagabina. A CHC aumenta a excreção renal da Lamotrigina. Nesta circunstância utilizar a CH em regime contínuo (sem pausa/sem toma dos comprimidos placebo) ⁷¹ .
Antiretrovirais	Podem diminuir ou aumentar a biodisponibilidade das hormonas esteróides.	Ritonavir diminui a eficácia dos CHC.

1.11 BIBLIOGRAFIA

1. Fritz MA, S. L. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. (2011).
2. Kiley, J. & Hammond, C. Combined oral contraceptives: a comprehensive review. *Clinical obstetrics and gynecology* **50**, 868–77 (2007).
3. Christin-Maitre, S. *et al.* Comparison of a 24-day and a 21-day pill regimen for the novel combined oral contraceptive, nomegestrol acetate and 17 β -estradiol (NOMAC/E 2): A double-blind, randomized study. *Human Reproduction* **26**, 1338–1347 (2011).
4. Hoy, S. M. & Scott, L. J. Estradiol valerate/dienogest: in oral contraception. *Drugs* **69**, 1635–46 (2009).
5. Cremer, M., Phan-Weston, S. & Jacobs, A. Recent innovations in oral contraception. *Seminars in reproductive medicine* **28**, 140–6 (2010).
6. Burke, A. Nomegestrol acetate-17 β -estradiol for oral contraception. *Patient Preference and Adherence* **7**, 607–619 (2013).
7. Schindler, A. E. *et al.* Classification and pharmacology of progestins. *Maturitas* **61**, 171–80
8. Sitruk-Ware, R. Pharmacological profile of progestins. *Maturitas* **61**, 151–7 (2008).
9. Sitruk-Ware, R. & Nath, A. The use of newer progestins for contraception. *Contraception* **82**, 410–7 (2010).
10. Raudrant, D. & Rabe, T. Progestogens with antiandrogenic properties. *Drugs* **63**, 463–92 (2003).
11. Ruan, X., Seeger, H. & Mueck, A. O. The pharmacology of nomegestrol acetate. *Maturitas* **71**, 345–353 (2012).
12. van den Heuvel, M. W., van Bragt, A. J. M., Alnabawy, A. K. M. & Kaptein, M. C. J. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. *Contraception* **72**, 168–74 (2005).
13. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. *Fertility and sterility* **90**, S103–13 (2008).
14. Van Vliet, H. A. A. M., Grimes, D. A., Helmerhorst, F. M. & Schulz, K. F. Biphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *The Cochrane database of systematic reviews* CD002032 (2006). doi:10.1002/14651858.CD002032.pub2
15. Van Vliet, H. A., Grimes, D. A., Lopez, L. M., Schulz, K. F. & Helmerhorst, F. M. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 3–5 (2011). doi:10.1002/14651858.CD003553.pub3
16. Anttila, L. *et al.* Contraceptive efficacy of a combined oral contraceptive containing ethinylestradiol 20 μ g/drospirenone 3 mg administered in a 24/4 regimen: A pooled analysis of four open-label studies. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology* **155**, 180–182 (2011).
17. Edelman, A., Micks, E., Gallo, M. F., Jensen, J. T. & Grimes, D. A. Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *The Cochrane database of systematic reviews* **7**, 3–5 (2014).
18. Stephenson, J. *et al.* Randomized trial of the effect of tailored versus standard use of the combined oral contraceptive pill on continuation rates at 1 year. *Contraception* **88**, 523–531 (2013).
19. Black, A. *et al.* Canadian Contraception Consensus (Part 1 of 4). *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* **37**, 936–938 (2015).
20. Black, A. *et al.* Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 - Intrauterine Contraception. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* **38**, 182–222 (2016).
21. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO*(2015).
22. Curtis, K. M. *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* **65**, (2016).
23. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
24. Bahamondes, L. *et al.* Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertility and Sterility* **100**, 445–450 (2013).
25. Espey, E. *et al.* Effect of progestin vs. combined oral contraceptive pills on lactation: A double-blind randomized control trial. *Obstetrics and Gynecology* **119**, 5–13 (2012).
26. Rosenberg, L., Palmer, J. R., Rao, R. S. & Shapiro, S. Low-Dose Oral Contraceptive Use and the Risk of Myocardial Infarction. *Arch Intern med* **161**, 1065–1070 (2001).
27. Gillum, L. A., Mamidipudi, S. K. & Johnston, S. C. Ischemic stroke risk with oral contraceptives: A meta-analysis. *JAMA* **284**, 72–8 (2000).
28. Sidney, S. *et al.* Venous thromboembolic disease in users of low-estrogen combined estrogen-progestin oral contraceptives. *Contraception* **70**, 3–10 (2004).
29. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *Lancet*(London, England) **349**, 1202–9 (1997).
30. Bitzer, J. *et al.* Statement on combined hormonal contraceptives containing third- or fourth-generation progestogens or cyproterone acetate, and the associated risk of thromboembolism. *The journal of family planning and reproductive health care* **39**, 156–9 (2013).
31. Brahmi, D. & Curtis, K. M. When can a woman start combined hormonal contraceptives (CHCs)? A systematic review. *Contraception* **87**, 524–538 (2013).
32. Amy, J.-J. & Tripathi, V. Contraception for women: an evidence based overview. *BMJ (Clinical research ed.)* **339**, b2895 (2009).
33. Cole, J. A., Norman, H., Doherty, M. & Walker, A. M. Venous thromboembolism, myocardial infarction, and stroke among transdermal contraceptive system users. *Obstetrics and gynecology* **109**, 339–46 (2007).
34. Mf, G. *et al.* Combination contraceptives: effects on weight (Review) Combination contraceptives : effects on weight., *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2014 1–3 (2014). doi:10.1002/14651858.CD003987.pub5.Copyright
35. Oddsson, K. *et al.* Efficacy and safety of a contraceptive vaginal ring (NuvaRing) compared with a combined oral contraceptive: a 1-year randomized trial. *Contraception* **71**, 176–82 (2005).
36. Yonkers, K. A. & Simoni, M. K. Premenstrual disorders. *American journal of obstetrics and gynecology* **218**, 68–74 (2018).
37. Dragoman, M. V. The combined oral contraceptive pill - recent developments, risks and benefits. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* **28**, 825–834 (2014).
38. Martínez, F. & Avecilla, A. Combined hormonal contraception and venous thromboembolism. *The European journal of contraception & reproductive health care : the official journal of the European Society of Contraception* **12**, 97–106 (2007).
39. Lidegaard, Ø., Løkkegaard, E., Svendsen, A. L. & Agger, C. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ (Clinical research ed.)* **339**, b2890 (2009).
40. Jick, S. S. & Hernandez, R. K. Risk of non-fatal venous thromboembolism in women using oral contraceptives containing drospirenone compared with women using oral contraceptives containing levonorgestrel: case-control study using United States claims data. *BMJ (Clinical research ed.)* **342**, d2151 (2011).
41. (FSRH), F. of S. & R. H. *Problematic Bleeding with Hormonal Contraception Clinical Effectiveness Unit*.
42. Vinogradova, Y., Coupland, C. & Hippisley-Cox, J. Use of combined oral contraceptives and risk of venous thromboembolism: nested case-control studies using the QResearch and CPRD databases. *Bmj* **350**, h2135–h2135 (2015).
43. Dinger, J. C., Heinemann, L. A. J. & Kühl-Habich, D. The safety of a drospirenone-containing oral contraceptive: final results from the European Active Surveillance Study on oral contraceptives based on 142,475 women-years of observation. *Contraception* **75**, 344–54 (2007).
44. Parkin, L., Sharples, K., Hernandez, R. K. & Jick, S. S. Risk of venous thromboembolism in users of oral contraceptives containing drospirenone or levonorgestrel: nested case-control study based on UK General Practice Research Database. *BMJ (Clinical research ed.)* **342**, d2139 (2011).
45. van Hylckama Vlieg, A., Helmerhorst, F. M., Vandenbroucke, J. P., Doggen, C. J. M. & Rosendaal, F. R. The venous thrombotic risk of oral contraceptives, effects of oestrogen dose and progestogen type: results of the MEGA case-control study. *BMJ (Clinical research ed.)* **339**, b2921 (2009).
46. Kemmeren, J. M. *et al.* Risk of Arterial Thrombosis in Relation to Oral Contraceptives (RATIO) study: oral contraceptives and the risk of ischemic stroke. *Stroke* **33**, 1202–8 (2002).
47. Tanis, B. C. *et al.* Oral contraceptives and the risk of myocardial infarction. *The New England journal of medicine* **345**, 1787–93 (2001).
48. Chang, C. L., Donaghy, M. & Poulter, N. Migraine and stroke in young women: case-control study. The World Health Organisation Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. *BMJ (Clinical research ed.)* **318**, 13–8 (1999).
49. Vessey, M. & Yeates, D. Oral contraceptive use and cancer: Final report from the Oxford-Family Planning Association contraceptive study. *Contraception* **88**, 678–683 (2013).
50. Hannaford, P. C. *et al.* Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *BMJ (Clinical research ed.)* **335**, 651 (2007).
51. Hunter, D. J. *et al.* Oral contraceptive use and breast cancer: a prospective study of young women. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention: a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology* **19**, 2496–502 (2010).
52. Marchbanks, P. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* **346**, 2025–2032 (2002).
53. Moorman, P. G. *et al.* Oral contraceptives and risk of ovarian cancer and breast cancer among high-risk women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology* **31**, 4188–4198 (2013).
54. Hannaford, P. C. *et al.* Mortality among contraceptive pill users: cohort evidence from Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *BMJ (Clinical research ed.)* **340**, c927 (2010).
55. Vessey, M. & Painter, R. Oral contraceptive use and cancer. Findings in a large cohort study, 1968–2004. *British journal of cancer* **95**, 385–9 (2006).
56. IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Human papillomaviruses. *IARC monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans* **90**, 1–636 (2007).
57. Spencer, A. L., Bonnema, R. & McNamara, M. C. Helping women choose appropriate hormonal contraception: update on risks, benefits, and indications. *The American journal of medicine* **122**, 497–506 (2009).
58. ESHRE Capri Workshop Group. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception. *Human reproduction update* **11**, 513–25
59. ACOG, P. B. ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstetrics and gynecology* **115**, 206–18 (2010).
60. Pearlstein, T. B., Bachmann, G. A., Zacur, H. A. & Yonkers, K. A. Treatment of premenstrual dysphoric disorder with a new drospirenone-containing oral contraceptive formulation. *Contraception* **72**, 414–421 (2005).
61. Iyer, V., Farquhar, C. & Jepson, R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. *The Cochrane database of systematic reviews* CD000154 (2000). doi:10.1002/14651858.CD000154
62. O, A. A., F, G. M., M, L. L. & A, G. D. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. (2012). doi:10.1002/14651858.CD004425.pub5.Copyright
63. Havrilesky, L. J. *et al.* Oral contraceptive pills as primary prevention for ovarian cancer: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and gynecology* **122**, 139–47 (2013).
64. Beral, V., Doll, R., Hermon, C., Peto, R. & Reeves, G. Ovarian cancer and oral contraceptives: collaborative reanalysis of data from 45 epidemiological studies including 23,257 women with ovarian cancer and 87,303 controls. *Lancet* **371**, 303–14 (2008).
65. Mueck, A. O., Seeger, H. & Rabe, T. Hormonal contraception and risk of endometrial cancer: a systematic review. *Endocrine-related cancer* **17**, R263–71 (2010).
66. Hannaford, P. C. *et al.* Cancer risk among users of oral contraceptives: cohort data from the Royal College of General Practitioner's oral contraception study. *Bmj* **335**, 651–651 (2007).
67. Vessey, M. & Yeates, D. Oral contraceptives and benign breast disease: an update of findings in a large cohort study. *Contraception* **76**, 418–424 (2007).
68. Gambacciani, M. *et al.* Longitudinal evaluation of perimenopausal bone loss: Effects of different low dose oral contraceptive preparations on bone mineral density. *Maturitas* **54**, 176–180 (2006).
69. Martins, S. L., Curtis, K. M. & Glasier, A. F. Combined hormonal contraception and bone health: a systematic review. *Contraception* **73**, 445–469 (2006).
70. Vercellini, P. *et al.* Endometriosis: current therapies and new pharmacological developments. *Drugs* **69**, 649–75 (2009).
71. FSRH. Clinical Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception. *Drug Interactions with Hormonal Contraception*. 1–12. January 2017 (last reviewed January 2019).

B.2 CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA (CP)

O efeito dos progestativos usados em contraceção está relacionado com a sua interação nos recetores de progesterona (RP) bem como nos outros recetores de esteroides. Todos os progestativos ligam-se aos RP e exercem os seus efeitos no endométrio e no eixo hipotálamo-hipofise-ovário mas individualmente têm ações distintas nos órgãos alvo. A atividade biológica dos progestativos usados em CP esta demonstrada no **Quadro 1** (ver Secção B1: *Contraceção hormonal combinada. Quadro 3*)¹.

QUADRO 1
Propriedades dos progestativos usados na CP.

PROGESTATIVO	ESTROGÉNICA	ANTI-ESTROGÉNICA	ANDROGÉNICA	ANTI-ANDROGÉNICA	GLUCO-CORTICOIDE	ANTI-MINERALO-CORTICOIDE
Levonorgestrel (LNG)	-	+	+		-	-
Desogestrel	-	+	+	-	(+)	-
Acetato de medroxi-progesterona	-	+	(+)	-	+	-
Drospirenona	-	+	-	+	-	+

(+) não clinicamente significativo; + efeito clínico; - sem efeito

2.1 TIPOS DE CP

Existem vários tipos e diferentes formas de administração de CP permitindo uma opção em função da condição/situação médica e de acordo com as preferências da utilizadora (**Quadro 2**).

Designam-se como métodos de contraceção reversíveis de longa duração (*Long-acting reversible contraceptives - LARC*) os métodos que permitem uma contraceção efectiva por um longo período sem colaboração da utilizadora. Segundo a orientação da NICE *incluem os métodos administrados com periodicidade superior a 4 semanas* e segundo a ACOG, *os métodos administrados com periodicidade superior a 12 semanas*. Para efeitos destas recomendações incluem-se os métodos hormonais só com progestativo (injetável, subcutâneo e intrauterino) e não hormonais (dispositivo intrauterino de cobre) (ver Secção B.4: *Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração*).

QUADRO 2
Tipos e vias de administração de contraceção progestativa (CP).

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE	POSOLOGIA/DURAÇÃO DE USO	NOME COMERCIAL
Oral	Desogestrel (75 µg)	1 cp / dia (28 comprimidos)	Cerazette® Azalia®
	Drospirenona (4mg)	1 cp/dia (24 + 4 comprimidos placebo) toma contínua	Slinda®
Injetável (ver Secção B4. <i>Contraceção Reversível de Longa Duração</i>)	Acetato de medroxiprogesterona (150 mg)	1 injeção subcutânea de 12 em 12 semanas	Depo-Provera®
Subcutânea (ver Secção B4. <i>Contraceção Reversível de Longa Duração</i>)	Etonogestrel (68 mg)	Aprovado pela FDA para 3 anos, eficácia demonstrada para 5 anos	Implanon NXT®
Intrauterina (ver Secção B4. <i>Contraceção Reversível de Longa Duração</i>)	Levonorgestrel 52 mg	Aprovado pela FDA para 5 anos, eficácia demonstrada pelo menos 7 anos	Mirena® Levosert®
	Levonorgestrel 19,5 mg	5 anos	Kyleena®
	Levonorgestrel 13,5 mg	3 anos	Jaydess®

2.2 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CP

A contraceção com progestativo é uma opção para:

- As mulheres que pretendam uma contraceção livre de estrogénios
- As mulheres não elegíveis (Categoria 3 e 4) para o uso de CHC (**Quadro 3**) (ver Secção B1, *Contraceção Hormonal Combinada. Quadro 5*)

Não são elegíveis para o uso de CP, as mulheres com:

- Hemorragia genital inexplicada e suspeita de patologia grave
- Cancro da mama
- Cirrose hepática grave¹⁰

QUADRO 3
Critérios de elegibilidade para o uso de CP (mulheres não elegíveis para o uso de CHC).

CONDIÇÃO	CHC	PO	INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU
Pós-parto: < 21 dias	4	1	2	1	3 (< 4 semanas)
Pós-parto a amamentar					1 (> 4 semanas)
Fumadoras mais de 15 cigarros dia e com idade ≥ 35 anos	4	1	1	1	1
Obesidade: IMC ≥ 35 Kg/m ²	3	1	2	1	1
Múltiplos fatores de Doença Cardiovascular (Idade, HTA, Diabetes, Tabagismo)	3	2	3	2	2
Diabetes com complicações dos órgãos alvo	3/4	2	3	2	1
HTA (sistólica ≥ 160 ou diastólica ≥ 100 mmHg)	4	2	3	2	2
Trombofilia (Fator V de Leiden, Mutação da protrombina; deficit da Proteína S, C e antitrombina)	4	2	2	2	2
LES com ac-antifosfolipídicos positivos ou desconhecido	4	2	2	2	2
Antecedentes de TEV	4	2	2/3	2	2
Trombose venosa superficial (antecedentes ou aguda)	3	1	1	1	1
Cirurgia major com imobilização prolongada	4	2	2	2	2
Enxaqueca com aura	4	2	2	2	2
Litíase das vias biliares (Tratada medicamente/presente)	3	2	2	2	2
Hepatite aguda viral	4	1	1	1	1

2.3 VANTAGENS E BENEFÍCIOS NÃO CONTRACETIVOS

- Risco tromboembólico, metabólico e cardiovascular reduzido (efeito ligeiro nos fatores de coagulação, tensão arterial e perfil lipídico)²⁻⁵;
- Proteção da perda de massa óssea em mulheres a amamentar⁶;
- Tratamento da hemorragia uterina abundante⁷;
- Contribuição para o controle do crescimento dos miomas uterinos;
- Redução das crises de falciformização nas mulheres com anemia falciforme (progestativo injetável);
- Controlo da dismenorreia;
- Benefício na epilepsia catamenial⁸;
- Diminuição do risco de cancro do endométrio⁹.

2.4 PADRÃO HEMORRÁGICO

A mulher deve ser informada que o uso de CP tem impacto no padrão menstrual (ver capítulo *Introdução*. A.6 *Definição de Padrão Hemorrágico*). A frequência da perda (persistente e ou prolongada) e o *spotting* diminuem com o tempo de utilização do contraceptivo. As utilizadoras de contraceção progestativa oral com drospirenona 4mg tendem a ter um padrão hemorrágico cíclico e previsível. (ver Secção 2.6 *Contraceção Progestativa Oral*).

O padrão hemorrágico com um método de CP não é reprodutível para outro método de CP¹¹.

2.5 RETORNO À FERTILIDADE

É imediato após suspensão da utilização de PO, Implante e SIU. Pode retardar 6 a 9 meses após a suspensão do uso do progestativo injetável¹² (ver Secção E: *Contraceção e Fertilidade*).

A informação sobre a contraceção progestativa com a formulação injetável, subcutânea e intrauterina está disponível na Secção B.4 Contraceção reversível de Longa Duração (LARC's).

2.6 CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA ORAL (CPO)

Introdução

Existem em comercialização duas formulações:

- Desogestrel na dose de 75 µg, 28 comprimidos – Toma contínua.
- Drospirenona na dose de 4mg em regime 24 + 4 comprimidos (24 comprimidos com 4 mg de drospirenona e 4 comprimidos placebo) – Toma contínua.

O mecanismo de ação:

- inibição da ovulação (principal mecanismo de ação)
- espessamento do muco cervical com redução da penetração e viabilidade do espermatozoide
- indução de alterações no endométrio não favoráveis à implantação

→ A eficácia parece ser comparável à dos CHC^{8,13,14}.

2.6.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CPO

A contraceção progestativa oral deve ser aconselhada para mulheres elegíveis para CP e que:

- Pretendam a via oral e diária
- Não pretendam um método de longa duração
- Não pretendam um método invasivo

→ **Importante:** Quando o início de contraceção se revele urgente, seja necessário um método muito eficaz, e não for possível realizar o aconselhamento contraceptivo por um profissional o método a iniciar deve ser um PO⁸.

Não deve ser recomendado a mulheres:

- Sem boa adesão à toma diária
- Com compromisso da absorção digestiva
- Medicadas com indutores enzimáticos (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)

2.6.2 RECOMENDAÇÕES PARA O USO DE CPO: INÍCIO E ESQUECIMENTO

Ao contrário das outras vias de administração (injetável, subcutânea e intrauterina), a via oral é dependente da utilizadora, o que permite uma autonomia no início e na suspensão do método (Quadro 4).

A toma é diária e de forma contínua (embalagem com 28 comprimidos). Se a mulher vomitar nas 2 horas após a toma da pilula deve ser tomado outro comprimido.

Para que a eficácia seja garantida, o atraso na toma não deve ultrapassar as 36h (ver Secção B.3 *Contraceção de emergência*)^{11,15}.

É eficaz ao fim de 2 dias de toma.

QUADRO 4

Início do método contraceptivo com progestativo oral isolado.

MÉTODO ANTERIOR	QUANDO INICIAR	NECESSIDADE DE MÉTODO BARREIRA NOS PRIMEIROS 2 DIAS DE UTILIZAÇÃO
Sem contraceção	No primeiro dia do ciclo Em qualquer dia	Não Sim
CHC	No dia seguinte a terminar o CHC ou no 1.º dia da hemorragia de privação	Não
Acetato de medroxiprogesterona	No dia programado para a injeção	Não
Implante	No dia de remoção do implante	Não
Contraceção intrauterina (DIU e SIU)	No dia de remoção do contraceptivo	Sim

2.6.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

▪ **Desogestrel:** Padrão de hemorragia não previsível, que melhora ao longo do tempo de uso do contraceptivo. Ao fim de um ano de utilização: 50% das mulheres apresentam amenorreia/perda pouco frequente; 40% perdas regulares; 20% perdas prolongadas e 10% perdas frequentes^{16,17}.

▪ **Drospirenona:** Padrão de hemorragia tendencialmente com perda previsível e cíclica. Os estudos demonstram que o controle do ciclo (ausência de perda não previsível) é superior com o uso de drospirenona 4mg quando comparado com o uso de desogestrel 75 µg.^{18,19}

▪ **Efeitos adversos possíveis:** Cefaleias (6-7%); Mastodinia e tensão mamária (4%); Acne (3%)¹⁷; Aumento de peso ligeiro (menos de 2 kg ao fim de um ano)^{20,21}.

2.6.4 INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS

Ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*.

2.7 BIBLIOGRAFIA

1. Wiegratz, I. & Kuhl, H. Metabolic and clinical effects of progestogens. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* **11**, 153–61 (2006).
2. Lidegaard, Ø., Milsom, I., Geirsson, R. T. & Skjeldestad, F. E. Hormonal contraception and venous thromboembolism. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* **91**, 769–778 (2012).
3. Tepper, N. K., Whiteman, M. K., Marchbanks, P. A., James, A. H. & Curtis, K. M. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception* **94**, 678–700 (2016).
4. van Hylckama Vlieg, A., Helmerhorst, F. M. & Rosendaal, F. R. The risk of deep venous thrombosis associated with injectable depot-medroxyprogesterone acetate contraceptives or a levonorgestrel intrauterine device. *Arteriosclerosis, thrombosis, and vascular biology* **30**, 2297–300 (2010).
5. Palacios, S. *et al.* Oestrogen-free oral contraception with a 4 mg drospirenone-only pill: new data and a review of the literature. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 1–7 (2020). doi:10.1080/13625187.2020.1743828
6. Caird, L. E., Reid-Thomas, V., Hannan, W. J., Gow, S. & Glasier, A. F. Oral progestogen-only contraception may protect against loss of bone mass in breast-feeding women. *Clinical endocrinology* **41**, 739–45 (1994).
7. Lethaby, A., Hussain, M., Rishworth, J. R. & Rees, M. C. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *The Cochrane database of systematic reviews* CD002126 (2015). doi:10.1002/14651858.CD002126.pub3
8. Speroff, L. & Darney, P. *A Clinical Guide for Contraception*. (2010).
9. Weidnerpass, E. *et al.* Risk of endometrial cancer following estrogen replacement with and without progestins. *Journal of the National Cancer Institute* **91**, 1131–7 (1999).
10. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
11. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Progestogen-only Pills Clinical Effectiveness Unit* (2015).

12. Jain, J. *et al.* Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. *Contraception* **70**, 11–8 (2004).
13. Grimes, D. A., Lopez, L. M., O'Brien, P. A. & Raymond, E. G. Progestin-only pills for contraception. *The Cochrane database of systematic reviews* CD007541 (2010). doi:10.1002/14651858.CD007541.pub2
14. Milsom, I. & Korver, T. Ovulation incidence with oral contraceptives: A literature review. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* **34**, 237–246 (2008).
15. Korver, T. *et al.* Maintenance of ovulation inhibition with the 75-microg desogestrel-only contraceptive pill (Cerazette) after scheduled 12-h delays in tablet intake. *Contraception* **71**, 8–13 (2005).
16. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Problematic Bleeding with Hormonal Contraception Clinical Effectiveness Unit*. (2015).
17. A double-blind study comparing the contraceptive efficacy, acceptability and safety of two progestogen-only pills containing desogestrel 75 micrograms/day or levonorgestrel 30 micrograms/day. Collaborative Study Group on the Desogestrel-containing Progest. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* **3**, 169–78 (1998).
18. Palacios, S., Colli, E. & Regidor, P.-A. A multicenter, double-blind, randomized trial on the bleeding profile of a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *Archives of gynecology and obstetrics* **300**, 1805–1812 (2019).
19. Palacios, S. *et al.* Oestrogen-free oral contraception with a 4 micrograms drospirenone-only pill: new data and a review of the literature. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* **0**, 1–7 (2020).
20. Archer, D. F., Ahrendt, H. J. & Drouin, D. Drospirenone-only oral contraceptive: results from a multicenter noncomparative trial of efficacy, safety and tolerability. *Contraception* **92**, 439–444 (2015).
21. Lopez, L. M. *et al.* Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2016). doi:10.1002/14651858.CD008815.pub4

B.3 CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA (CE)

Os métodos de contraceção de emergência, permitem prevenir a gravidez após uma relação sexual não protegida (RSNP) ou não adequadamente protegida, isto é¹⁻⁵:

- RS sem uso de contraceção
- RS durante o uso inconsistente de contraceção
- RS na qual ocorreu uma falha de contraceção

(Deve constar na medicação a ser fornecida nas situações de crime contra liberdade ou autodeterminação sexual na ausência de contraceção.)

Previne até 95% das gestações se for utilizada no intervalo de 5 dias depois da RS, é mais efetiva quanto mais imediata for a toma após a RS¹.

3.1 MÉTODOS DE CE

Em Portugal, existem 3 métodos distintos de CE disponíveis (Quadro 1).

Por ordem de eficácia são²:

- dispositivo intrauterino de cobre (DIU)
- contraceativo oral com acetato de ulipristal (AUP)
- contraceativo oral com levonorgestrel (LNG)⁶

De acordo com a legislação nacional a contraceção de emergência oral é um medicamento de venda livre em farmácias (AUP e LNG), em estabelecimentos autorizados à venda livre de medicamentos (LNG) e está disponível gratuitamente no âmbito do SNS (DIU e LNG) (Quadro 1)⁴.

QUADRO 1
Métodos de CE disponíveis em Portugal.

MÉTODO	CATEGORIA MEDICAMENTOSA	VIA DE ADMINISTRAÇÃO	ACESSIBILIDADE	POSOLOGIA
DIU cobre	Dispositivo intrauterino de cobre	Intrauterina	Gratuito nas consultas de PF do SNS	Aplicação única Contraceção 10 anos
Acetato de Ulipristal (AUP)	Modulador seletivo dos recetores de progesterona	Oral	Venda livre em farmácias	Toma única (30 mg) Até 120 h após a RS
Levonorgestrel (LNG)	Progestativo	Oral	Gratuito nas consultas de PF do SNS e urgências ginecológicas hospitalares Venda livre em farmácia e nos estabelecimentos autorizados para a venda de medicamentos	Toma única (1,5 mg) Até 72h após a RS

O **Método Yuzpe** que consiste na utilização de COC em dose e sequência específicas (posologia 12/12 horas durante 1 dia, geralmente 4 + 4 comprimidos de forma a atingir 100 a 120 mcg de etinilestradiol e 0,40 a 0,60 mg de levonorgestrel ou 1,0 mg a 2,0 mg de norgestrel).

Tem menor eficácia e associa-se a mais efeitos adversos, pelo que deve ser considerado alternativa apenas quando não há acesso a outros métodos de CE².

3.2 INDICAÇÕES PARA USO DE CE

A determinação do risco de gravidez após uma RSNP ou inadequadamente protegida é complexa. Na prática clínica, são muito poucos os dias do ciclo menstrual em que o risco de gravidez é nulo, teoricamente apenas os primeiros 3 dias (Quadro 2)^{1,2}.

QUADRO 2

Indicação para o uso de contraceção de emergência.

MÉTODO DE CONTRACEÇÃO EM USO	SITUAÇÃO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Não utilização de contraceção 	RSNP a partir do 3.º dia do ciclo
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorreto ou inconsistente uso de: 	
Preservativo	<p>Não utilização desde o primeiro contacto do pênis com a vagina</p> <p>Rotura de preservativo</p> <p>Retenção de preservativo na vagina</p>
Contraceptivos hormonais combinados	<p>Esquecimento superior ≥ 3 dias na toma da contraceção oral, na colocação do adesivo ou do anel vaginal</p> <p>RSNP no início da utilização do contraceptivo e antes da sua utilização por 7 dias consecutivos (para início fora do 1.º dia do ciclo)</p> <p>RSNP durante e até 28 dias após suspensão de medicamentos indutores enzimáticos</p>
Progestativos orais (desogestrel e drospirenona)	<p>Durante o uso de desogestrel: Esquecimento superior > 36 horas (mais de 36h desde a toma do último comprimido)</p> <p>Durante o uso de drospirenona: Esquecimento superior > 48 horas (mais de 24 h desde a toma do último comprimido)</p> <p>Durante o uso de desogestrel e de drospirenona: RSNP no início da utilização do contraceptivo e antes da sua utilização por 2 dias consecutivos (para início fora do 1.º dia do ciclo)</p> <p>RSNP durante e até 28 dias após suspensão de medicamentos indutores enzimáticos</p>
Implante	<p>RSNP e implante colocado há mais de 5 anos</p> <p>RSNP no início da utilização do contraceptivo e antes da sua utilização por 2 dias consecutivos (para início fora do 1.º dia do ciclo)</p> <p>RSNP durante e até 28 dias após suspensão de medicamentos indutores enzimáticos</p>
Progestativo injetável	<p>RSNP e a última injeção há mais de 16 semanas</p> <p>RSNP no início da utilização do contraceptivo e antes da sua utilização por 2 dias consecutivos (para início fora do 1.º dia do ciclo)</p> <p>RSNP durante e até 28 dias após suspensão de medicamentos indutores enzimáticos</p>
DIU/SIU	<p>Expulsão parcial ou total</p> <p>RSNP nos primeiros 7 dias após colocação do SIU (se a inserção não tiver ocorrido no 1.º dia do ciclo)</p>

3.3 MECANISMO DE AÇÃO

- Contraceção de emergência oral: previne a gravidez por inibição ou bloqueio temporário da ovulação. Não é abortiva.
- O DIU previne a fertilização por alterações químicas induzidas no espermatozoide e óvulo, antes da fecundação e possivelmente interfere na nidadação por alterações induzidas no endométrio.

A CE não interrompe uma gravidez em evolução e não tem efeitos teratogénicos se ocorrer gravidez (Quadro 3)^{1-3,5,6}.

QUADRO 3

Mecanismo de ação da CE.

MÉTODO	MODO DE AÇÃO	FASE DO CICLO EM QUE ATUA	OVULAÇÃO	FERTILIZAÇÃO	IMPLANTAÇÃO	GRAVIDEZ
LNG	Impede o pico pré-ovulatório de LH	Pré-ovulatória precoce	Inibe ou atrasa a ovulação até 3 dias	Sem efeito	Sem efeito	Sem efeito
AUP	Impede o pico pré-ovulatório de LH Impede a rotura folicular	Pré-ovulatória precoce e tardia	Inibe ou atrasa a ovulação por 5 dias	Sem efeito	Sem efeito	Sem efeito
DIU COBRE	Toxicidade do cobre sobre os espermatozoides Alterações endometriais	Pré-ovulatória, ovulatória e pós-ovulatória	Sem efeito	Impede	Possível interferência	Sem efeito

3.4 EFICÁCIA

Uma meta-análise de 2 estudos demonstrou que as mulheres que utilizaram CE com AUP tiveram uma taxa de gravidez de 1,2% e com o uso de LNG tiveram uma taxa de gravidez de 1,2% a 2,1%^{1,2,5,7-10}.

A CE oral deve ser utilizada o mais precocemente possível.

O LNG está licenciado para venda como CE para a toma no intervalo até 72h e o AUP até 120h¹¹.

3.5 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CE

O uso de CE oral dispensa qualquer exame prévio.

Todas as mulheres são elegíveis para o uso de CE oral (Quadro 4)^{1,2,8,9}.

Devendo, no entanto:

- LNG e AUP ser usados com precaução nas mulheres com antecedentes de hipersensibilidade ao uso destes medicamentos.
- AUP deve ser usado com precaução nas mulheres com asma não controlada e intolerância à lactose: Intolerância a galactose, deficiência Lapp-lactase, malabsorção de glucose-galactose^{1,2}.

No uso do DIU como CE devem ser respeitados os critérios de elegibilidade para o uso de DIU.^{1,2,12,13}

QUADRO 4
Critérios de elegibilidade para o uso de CE.

CONDIÇÃO	LNG	AUP	DIU	COMENTÁRIOS
Amamentação	1	2 (a)	1	(a) Não existe evidência suficiente sobre a segurança do uso de AUP durante a amamentação pelo que se recomenda a suspensão do aleitamento por um período de 24h (deve ser retirado e não utilizado o leite deste período) ^{1,2,12,12} .
Antecedentes de gravidez ectópica	1	1	1	
Obesidade	1	1	1	Não existem preocupações na segurança do uso de CE oral em mulheres com IMC ≥ 30 kg/m ² . O uso de LNG parece ser menos eficaz nas mulheres com IMC >26 kg/m ² ou peso superior a 70kg. Desconhece-se o efeito da duplicação da dose. O uso de AUP pode ser menos eficaz nas mulheres com IMC >30 kg/m ² ou peso superior 85 kg. A duplicação de dose não está recomendado. Nas mulheres obesas o uso de DIU ou o AUP devem ser os métodos preferenciais de CE. O acesso à CE oral não deve ser negado as mulheres obesas ^{2,8,14-16} .
Antecedentes de doença cardiovascular (EAM; AVC; outros eventos tromboembólicos)	2	2	1	
Enxaqueca (com e sem aura)	2	2	1	
Doença hepática grave	2	3	1	O uso de AUP não está recomendado ¹¹ .
Medicação concomitantes com indutores do Citocromo P450 (exemplo rifampicina, fenitoina, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoina, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, erva de St John/hipericão)	1	1	1	Os indutores enzimáticos do Citocromo P450 podem reduzir a eficácia da CE hormonal. Evidência: De acordo com a informação disponível a rifampicina diminui em 90% ou mais os níveis de AUP, o que pode diminuir a sua eficácia. A mesma preocupação se estende ao uso de outros indutores enzimáticos e ao uso de LNG que tem um mecanismo de ação semelhante ao AUP. Um estudo farmacocinético demonstrou que o uso de efavirenz diminuiu os níveis de LNG em 56% nas mulheres utilizadoras de CPO com DSG 0,75 mg dia comparadas com as utilizadoras de CE com LNG. Nas mulheres utilizadoras de indutores enzimáticos o DIU deve ser o CE preferencial ^{7,11-13} .
Crime contra a liberdade ou autodeterminação sexual	1	1	1	Em mulher não utilizadora de contraceção (hormonal, intrauterina ou definitiva).
Uso repetido de CE	1	1	1	O uso repetido de CE é seguro, mas significa de que a mulher precisa de aconselhamento contracetivo. No caso de ocorrer nova relação desprotegida 3 dias depois do uso de LNG ou 5 dias após o AUP a sua toma de CE deve ser repetida ^{10,11} .

3.6 EFEITOS ADVERSOS DA CE ORAL

A CE é segura e não está associada a nenhum efeito adverso grave.

É importante informar a mulher que:

- Os efeitos secundários (cefaleias, náuseas, vômitos, tonturas, aumento da sensibilidade mamária e dores pélvicas) são raros, ligeiros, transitórios e sem necessidade de terapêutica adicional. Não está recomendada a utilização de antieméticos profiláticos por rotina. Se ocorrerem vômitos num intervalo até 3 horas após a toma de LNG ou AUP deve repetir a CE com administração prévia de um antiemético ou optar pelo DIU de Cobre.

- O uso de LNG pode associar-se a um retorno menstrual mais cedo e o uso de AUP a um retorno menstrual mais tarde, do que o expectável. Se ocorrer um atraso menstrual superior a 5 dias, a mulher deve realizar um teste de gravidez^{1,2}.



3.7 RECOMENDAÇÕES NO USO DE CONTRACEÇÃO APÓS CE

Após uso de LNG:

A mulher pode iniciar um método de contraceção hormonal (CHC, CP), no mesmo dia da toma, usando as precauções gerais para o início do uso de contraceção. Se a opção for um método de longa duração (injeção, implante, SIU) deve aguardar a menstruação para iniciar o método, se o início diferido não for possível e iniciar o método no dia da toma do CE deve fazer um teste de gravidez dentro de 4 semanas (Quadro 5)^{1,2,7}.

Após uso de AUP:

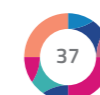
A mulher deve aguardar 5 dias até iniciar um método de contraceção hormonal, usando depois as precauções gerais para o início do uso de contraceção. Se a opção for um método de longa duração (injeção, implante, SIU) deve aguardar a menstruação para iniciar o método. Se o início diferido não for possível, só deve iniciar o método hormonal 5 dias após o uso de AUP e fazer um teste de gravidez dentro de 4 semanas (Quadro 5)^{1,2,7,11,17}.

QUADRO 5
Recomendações no uso de contraceção após CE.

RECOMENDAÇÃO GERAL	RECOMENDAÇÃO ADICIONAL
LNG: ▪ O uso de CHC e CPO pode ser imediato	Início de CHC (exceto Qlaira®): 7 dias de proteção adicional Início de outra CHC (Qlaira®): 9 dias de proteção adicional
AUP: ▪ Deve aguardar 5 dias para o início de CHC, CPO	Início de CPO: 2 dias de proteção adicional
LNG e AUP ▪ O uso de um método reversível de longa duração deve ser diferido para a primeira menstruação após o uso de CE	Usar proteção adicional até a menstruação seguinte

3.8 BIBLIOGRAFIA

- European Consortium for Emergency Contraception. *Emergency contraception A guideline for service provision in Europe european consortium for emergency contraception Emergency contraception A guideline for service provision in Europe.* (2016).
- Pacheco, A., Costa, A. R., Martins, I. & Palma, F. Recomendações sobre Contraceção de Emergência.
- Contraception, E. P practice bullet in. **126**, 1–11 (2015).
- Lei no 12/2001 de 29 de Maio. (2002).
- WHO. Emergency contraception. <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception> (2018). Available at: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.
- Gemzell-danielsson, K., Berger, C. & Lalitkumar, P. G. L. Emergency contraception – mechanisms of action. *Contraception* **87**, 300–308 (2013).
- Trussell, J., Raymond, E. G. & Cleland, K. A Last Chance to Prevent Unintended Pregnancy Emergency Contraception : (2017).
- Glasier, A. F. et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception : a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *The Lancet* **375**, 555–562 (2010).
- Carten, M. L., Kiser, J. J., Kwara, A., Mawhinney, S. & Cu-uvín, S. Pharmacokinetic Interactions between the Hormonal Emergency Contraception, Levonorgestrel (Plan B), and Efavirenz. **2012**, (2012).
- Lete, I. et al. Prevention of unintended pregnancies by using emergency contraception: the differences between levonorgestrel and ulipristal acetate. A theoretical model using data from a survey on the use of emergency contraception in Spain, 2017. *Gynecological endocrinology: the official journal of the International Society of Gynecological Endocrinology* **35**, 582–585 (2019).
- International Consortium for emergency contraception & FIGO. Clinical Summary : Emergency contraceptive pills Emergency Contraception STATEMENT. (2018).
- WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
- Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* **65**, (2016).
- Philip, M. et al. Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception : analysis of four WHO HRP studies. *Contraception* **95**, 50–54 (2017).
- FSRH Guideline. Overweight , Obesity & Contraception. (2019).
- Costa, A., Bombas, T., Souto, S. & Freitas, P. Recomendações para contraceção em mulheres com excesso de peso/obesidade, antes e após cirurgia bariátrica. *Acta Obstet e Ginecol Port* **14**, (2020).
- Edelman, A. B. et al. Combined oral contraceptive interference with the ability of ulipristal acetate to delay ovulation: A prospective cohort study. *Contraception* **98**, 463–466 (2018).



B.4 MÉTODOS CONTRACETIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO (LARCS)

Designam-se como métodos de contraceção reversíveis de longa duração (*Long-acting reversible contraceptives - LARC*) os métodos que permitem uma contraceção efectiva por um longo período sem colaboração da utilizadora. Segundo as orientações da NICE incluem-se os métodos administrados com periodicidade superior a 4 semanas e segundo a ACOG, os métodos administrados com periodicidade superior a 12 semanas. Para efeitos destas recomendações incluem-se os métodos hormonais só com progestativo (injetável, subcutâneo e intrauterino) e não hormonais (dispositivo intrauterino de cobre)¹ (Quadro 1).

Ao contrário dos métodos dependentes do coito e da utilizadora os LARCs têm uma eficácia e efetividade sobreponível² (ver Secção A: *Introdução*. Quadro 1).

4.1 TIPOS DE LARCS, POSOLOGIA E MECANISMO DE ACÇÃO

Existem vários tipos e diferentes formas de administração dos LARCs permitindo uma opção em função da situação/condição médica e de acordo com as preferências da utilizadora^{2,3} (Quadro 1).

QUADRO 1
Métodos de contraceção reversíveis de longa duração (LARCS).

VIA DE ADMINISTRAÇÃO	DOSE	POSOLOGIA/DURAÇÃO DE USO	MECANISMO DE ACÇÃO
Injetável	Acetato de medroxiprogesterona (150 mg)	De 12 em 12 semanas	<ul style="list-style-type: none"> Inibição da ovulação Espessamento do muco cervical com redução da penetração e viabilidade do espermatozoide
Subcutânea	Etonogestrel (68 mg)	Aprovado pela FDA para 3 anos, eficácia demonstrada para 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> Indução de alterações no endométrio não favoráveis à implantação
Intrauterina	Levonorgestrel 52 mg	Aprovado pela FDA para 5 anos, eficácia demonstrada para 7 anos	<ul style="list-style-type: none"> Espessamento do muco cervical Inibição da fecundação por aumento da produção de glicodelina A Decidualização do endométrio Atrofia glandular Inibição parcial do desenvolvimento folicular e ovulação
	Levonorgestrel 19,5 mg	5 anos	
	Levonorgestrel 13,5 mg	3 anos	
	DIU cobre	10 anos	<ul style="list-style-type: none"> Reação inflamatória citotóxica no endométrio Toxicidade para o esperma e óvulo Aceleração da apoptose do óvulo; Alterações da motilidade tubária

4.2 PADRÃO HEMORRÁGICO

A mulher deve ser informada que o uso de CP tem impacto no padrão menstrual (ver Secções A: *Introdução* e A.6. *Definição de Padrão hemorrágico*). A frequência da perda (persistente e ou prolongada) e o *spotting* diminuem com o tempo de utilização do contracetivo³⁻⁸ (Quadro 2).

Não existe uma intervenção terapêutica com evidência científica demonstrada para controle do padrão hemorrágico problemático com o uso de contraceção hormonal^{4,5,9,10} (ver Secção F.1: *Regimes terapêuticos para a normalização do padrão hemorrágico com a contraceção hormonal*).

QUADRO 2
Padrão hemorrágico com o LARCs hormonais.

MÉTODO	PADRÃO HEMORRÁGICO NOS PRIMEIROS 3 MESES DE USO	EVOLUÇÃO DO Nº DE DIAS DE PERDA HEMÁTICA AO LONGO DO TEMPO DE UTILIZAÇÃO	% DE MULHERES EM AMENORREIA (1, 3 ANOS DE UTILIZAÇÃO)
Injetável	Perda hemática comum	Diminui 1 em cada 10 mulheres está amenorreica no final de 3 meses de uso	1.º ano-50%
Implante subcutâneo (Implanon NXT)	Perda hemática comum	Diminui A perda inicial é preditiva do padrão hemorrágico	1.º ano: 19%-25% 3.º ano: 12%
SIU (Mirena®/Levosert®) (Kyleena®) (Jaydess®)	Perda hemática comum	Diminui Redução em 90% do fluxo menstrual demonstrada ao longo de 12 meses de utilização	1.º ano: 20% 3.º ano: 30-50% 1.º ano: 20% 3.º ano: 30-50% 1.º ano: 6% 3.º ano: 12%

4.3 CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA INJETÁVEL

Em Portugal, a contraceção progestativa injetável disponível é o acetato de medroxiprogesterona na dose de 150 mg, intramuscular, que deve ser administrado de 12 em 12 semanas.

4.3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO INJETÁVEL

A contraceção com progestativo injetável é uma opção para mulheres^{11,12} (Categoria 1/2):

- Que pretendam um método de contraceção de longa duração, reversível, baixo curso e sem estrogénios
- Mulheres não elegíveis para o uso de estrogénios
- Mulheres com anemia de células falciformes e epilepsia

Não são elegíveis (Categoria 3/4) para o uso de contraceção progestativa injetável as mulheres com as seguintes condições médicas:

- HTA grave
- Diabetes complicada
- Múltiplos fatores de D. Cardiovascular
- Tromboembolismo venoso profundo/Embolia pulmonar
- Doença hepática grave
- Cancro da mama
- Hemorragia genital de etiologia não esclarecida

(Mas em circunstâncias especiais quando outros métodos não estão disponíveis ou não são aceites o seu uso deve ser ponderado sob vigilância clínica específica e individualizada)^{3,11,12}.

(ver Secção B.2: *Contraceção progestativa*)

4.3.2 ACONSELHAMENTO PARA O USO

Deve ser iniciado no dia do aconselhamento desde que excluída a gravidez (*Quick Start*). Deve ser associado ao uso de outro método de contraceção durante 7 dias. Pode ser iniciado no 1.º ao 5.º dia da menstruação, não sendo necessário a associação de outro método contracetivo³ (Quadro 3).

QUADRO 3
Início do método com progestativo injetável.

MÉTODO ANTERIOR/CONDIÇÃO MÉDICA	INÍCIO DO MÉTODO	NECESSIDADE DE CONTRACEÇÃO ADICIONAL
Nenhum ou utilização prévia de um método não hormonal	Dia 1-5 do ciclo	Não
	Em qualquer dia do ciclo	Sim (durante 7 dias)
Método hormonal combinado (pílula, sistema transdérmico, anel)	No dia seguinte a última toma do contracetivo oral ou retirada anel/ transdérmico	Não
	Em qualquer momento	Não
Pílula só com progestativo	Em qualquer momento	Não
Implante	No dia da remoção do implante	Não
CE: - LNG Acetato de Ulipristal	Ver informações adicionais	Sim (durante 7 dias)
	Ver informações adicionais	Sim (durante 7 dias)
Após aborto do 1.º trimestre Após aborto 2.º trimestre Após parto (independentemente do estado da amamentação)	Ver informações adicionais	Não
	Ver informações adicionais	Não
	Imediato	Não

4.3.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Densidade Mineral Óssea: O *Institute for Health and Care Excellence* (NICE) recomenda que a mulher deve ser informada que o uso de progestativo injetável está associado a uma pequena redução da massa óssea (DMO), reversível após descontinuação do método¹³. Não existe evidência do efeito a longo prazo em adolescentes. A evidência a longo prazo no risco de fratura é escassa, nas mulheres que utilizam um progestativo injetável^{11,14,15}.

Efeitos Metabólicos: Pode condicionar um ligeiro aumento da insulina, mas sem efeito no metabolismo dos carboidratos¹⁶⁻¹⁸.

Risco tromboembólico: Sem efeito nos fatores de coagulação. Não aumenta o risco de tromboembolismo venoso nem de tromboembolismo arterial¹⁶⁻¹⁸.

Alteração ponderal: Uma revisão Cochrane demonstrou pouca evidência no aumento de peso com o uso de contraceção com progestativo isolado¹⁹. Um estudo prospetivo incluindo 490 adolescentes não utilizadoras de contraceção hormonal, utilizadoras de COC, progestativo injetável, seguidas durante 6 anos, verificou que as utilizadoras aumentaram de peso, e que este aumento era mais significativo nas utilizadoras de progestativo injetável.

Risco de infeção VIH: As mulheres com infeção VIH podem usar com segurança o progestativo injetável e o intervalo entre as injeções não tem de ser diminuído nas mulheres sob terapêutica antirretroviral.

Um estudo multicêntrico conduzido em 4 países africanos demonstrou não existir diferença no risco de infeção VIH nas mulheres utilizando LARCS²⁰.

Uso após toma oral de CE:

Após uso de LNG: Se a opção for um método de longa duração (injeção) deve aguardar a menstruação para iniciar o método, se o início diferido não for possível e iniciar o método no dia da toma do CE deve fazer um teste de gravidez dentro de 4 semanas (ver Secção B3: *Contraceção de emergência*).

Após uso de AUP: A mulher deve aguardar 5 dias até iniciar um método de contraceção hormonal, usando depois as precauções gerais para o início do uso de contraceção. Se a opção for um método de longa duração (injeção) deve aguardar a menstruação para iniciar o método. Se o início diferido não for possível, só deve iniciar o método hormonal 5 dias após o uso de AUP e fazer um teste de gravidez dentro de 4 semanas (ver Secção B3: *Contraceção de emergência*).

Aborto medicamentoso: O acetato de medroxiprogesterona atinge concentração suficiente para um efeito contracetivo no mesmo intervalo do pico plasmático sérico do mifepristone e pode inibir competitivamente o mifepristone quando a administração é simultânea interferindo na eficácia do método, pelo que o seu uso deve ser diferido, se tal não for possível deve ser assegurada a verificação da eficácia do procedimento^{21,22}.

Fertilidade: A fertilidade pode retardar 6 a 9 meses após a suspensão do uso do progestativo injetável²³ (ver Secção E: *Contraceção e Fertilidade*).

4.3.4 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A eficácia não é modificada pelo uso de fármacos indutores enzimáticos (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*).

4.4 CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA SUBCUTÂNEA - IMPLANTE

O implante subcutâneo com etonogestrel (metabolito ativo do desogestrel) é um contracetivo hormonal, reversível de longa duração, aprovado pela FDA para utilização de 3 anos, mas com eficácia demonstrada para 5 anos^{3,24}.

A inserção deve ser realizada por um profissional de saúde com competência adquirida para o efeito³.

4.4.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE IMPLANTE

A contraceção com progestativo subdérmico é uma opção para mulheres (Categoria 1/2)^{11,12}:

- Que pretendam um método de contraceção de longa duração, reversível, baixo curso e sem estrogénios;
- Mulheres não elegíveis para o uso de estrogénios.

(ver Secção B.2: *Contraceção progestativa*)

4.4.2 ACONSELHAMENTO PARA O USO

Deve ser iniciado no dia do aconselhamento desde que excluída a gravidez (*Quick Start*). Deve ser associado ao uso de outro método de contraceção durante 7 dias. Pode ser iniciado no 1.º dia da menstruação, não sendo necessário a associação de outro método contracetivo (Quadro 4)³.

QUADRO 4
Início do método com implante subcutâneo.

MÉTODO ANTERIOR/SITUAÇÃO MÉDICA	MOMENTO DA INSERÇÃO	NECESSIDADE DE CONTRACEÇÃO ADICIONAL
Nenhum ou utilização prévia de um método não hormonal	Dia 1-5 do ciclo Em qualquer dia do ciclo	Não Sim (durante 7 dias)
Método hormonal combinado (pílula, sistema transdérmico, anel vaginal)	Durante a semana de suspensão do método Em qualquer momento	Não Não
PO – Pílula só com progestativo	Em qualquer momento	Não
Implante/D.I.U.	No mesmo dia da remoção	Não
Injetável só com progestagénio	Na data da próxima injeção	Não
CE: - LNG - AUP	Ver informações adicionais Ver informações adicionais	Sim (durante 7 dias) Sim (durante 7 dias)
Após aborto do 1.º trimestre Após aborto 2.º trimestre Após parto e com amamentação Após parto e sem amamentação	Imediatamente	Não

4.4.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Densidade Mineral Óssea (DMO): Não há evidências de diminuição da densidade mineral óssea entre adolescentes utilizadoras de implantes com etonogestrel^{25,26}.

Quistos funcionais do ovário: Embora o etonogestrel iniba a ovulação, a actividade ovárica não é completamente suprimida como com todos os contraceptivos hormonais de baixa dosagem e ocorre desenvolvimento folicular. Ocasionalmente, o folículo pode continuar a crescer para além do tamanho que atingiria num ciclo normal podendo surgir quistos funcionais. Em geral, estes folículos aumentados desaparecem espontaneamente³.

Uso após toma oral de CE:

Após uso de LNG: Se a opção for um método de longa duração (implante) deve aguardar a menstruação para iniciar o método, se o início diferido não for possível e iniciar o método no dia da toma do CE deve fazer um teste de gravidez dentro de 4 semanas (ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*).

Após uso de AUP: A mulher deve aguardar 5 dias até iniciar um método de contraceção hormonal, usando depois as precauções gerais para o início do uso de contraceção. Se a opção for um método de longa duração (implante) deve aguardar a menstruação para iniciar o método. Se o início diferido não for possível, só deve iniciar o método hormonal 5 dias após o uso de AUP e fazer um teste de gravidez dentro de 4 semanas (ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*).

Alteração ponderal: Uma revisão Cochrane não demonstrou evidência no aumento de peso com o uso de contraceção com implante¹⁹.

Uso de impante contraceptivo e obesidade: A evidência científica disponível sugere que a eficácia do implante não é afetada pelo peso corporal ou IMC. Não existem evidências clínicas que suportem a necessidade de substituição antes dos 3 anos do implante contraceptivo nas mulheres obesas²⁷.

Fertilidade: Após a remoção a concentração de etonogestrel torna-se indetetável ao fim de uma semana e a fertilidade habitual será restabelecida após 21 dias³ (ver Secção E: *Contraceção e Fertilidade*).

4.4.4 COMPLICAÇÕES

Pouco frequentes:

- Infecção no local de inserção (a maioria ocorre nos primeiros 2 meses).
- Dificuldade de remoção/implante não palpável: - O Implanon NXT® é radiopaco. Na situação de implante não palpável a remoção deve ser realizada num Centro de Referência (Consulta de Planeamento Familiar do Hospital de referência).

Raras:

- Expulsão do implante (mais frequentes nos primeiros 4 meses de inserção).

Muito raras:

- Migração do implante: Algumas descrições de migração de implantes para outros locais devido a uma técnica incorreta de colocação³.

4.4.5 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

A eficácia é modificada pelo uso de fármacos indutores enzimáticos pelo que se recomenda associação de outro método durante o uso concomitante de medicação e, mas 4 semanas seguintes à sua suspensão (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)²⁸.

4.5 CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA (CIU) (SIU e DIU)

Os contraceptivos intrauterinos são métodos de elevada efetividade (com eficácia equivalente à contraceção definitiva), de longa duração, com elevada segurança, efeitos indesejáveis reduzidos e imediatamente reversíveis após a sua remoção^{29,30}.

A inserção intrauterina deve ser realizada por um profissional de saúde com competência adquirida para o efeito³.

O aconselhamento contraceptivo adequado (incluindo informação sobre benefícios contraceptivos e não contraceptivos, riscos e efeitos indesejáveis), parece aumentar a aceitação da contraceção intrauterina nas mulheres que não desejam uma gravidez a curto prazo incluindo adolescentes e nulíparas³¹⁻³³.

4.5.1 TIPOS DE CONTRACETIVOS INTRAUTERINOS

Existem 2 tipos de CIU disponíveis: com cobre e com LNG em diferentes dosagens³⁴⁻³⁶ (ver Quadro 1 e Quadro 5).

DIU-Cu

- Recomendado para uso durante 10 anos (eficácia demonstrada por mais de 20 anos);
- Pode ser usado como contraceção de emergência, até 5 dias após RSNP;
- Probabilidade de gravidez: 0,6% no 1.º ano; 1,6% no 7.º ano; 2,2% nos 8 a 12 anos;
- Maior taxa de falha em mulheres com menos de 25 anos, atribuída a maior fertilidade deste grupo etário;
- Rádio-opaco (Cobre + sulfato de bário)^{34,35,37}.

QUADRO 5
Tipos de SIU - LNG.

	JAYDESS®	KYLEENA®	MIRENA® / LEVOSERT®
Dimensões	28x30 mm	28x30mm	Ambos em forma de T com 32x32 mm
Cânula	3,80mm	3,80mm	4,4mm/4,8 mm
LNG	13,5 mg	19,5 mg	52 mg
Libertação diária Inicial Final Média	14 5 (no 3.º ano) 6 (> 3 anos)	17.5 7.4 (no 5.º ano) 9 (> 5 anos)	20 / 19.5 10 / 9,8 (no 5.º ano) 14 / 14,7 (> 5 anos)
Duração	3 anos	5 anos	7 anos (5 anos, FDA ³⁸)
Eficácia	0,9% ao fim de 1 ano de utilização	0,9% ao fim de 1 ano de utilização	0,1% no 1.º ano; 1,1% no 7.º ano
Radio-opaco	sulfato de bário, anel de prata	sulfato de bário, anel de prata	sulfato de bário

4.5.2 MECANISMO DE ACÇÃO

Vários mecanismos contribuem para o efeito contraceptivo da CIU; a maioria dos efeitos ocorrem na pré-fertilização e são específicos de cada tipo de CIU (Quadro 6)³⁹.

Dispositivo Intrauterino com Cobre (DIU-Cu)^{1,13,34,37}

- Reação inflamatória citotóxica no endométrio; por alterações bioquímicas e morfológicas induzidas pelo cobre;
- Toxicidade para o esperma e óvulo:
 - Inibição da mobilidade;
 - Inibição da capacitação;
 - Diminuição da sobrevivência;
 - Fagocitose do esperma;
 - Aceleração da apoptose do óvulo.
- Alterações da motilidade tubária.

Sistema Intrauterino com Levonorgestrel (SIU com LNG)^{1,13,34,37,40}

- Espessamento do muco;
- Inibição da fecundação por aumento da produção de glycodelina A;
- Atrofia glandular;
- Inibição parcial do desenvolvimento folicular e ovulação: SIU com 52 mg de LNG 45% dos ciclos no 1.º ano são ovulatórios e 88 a 97% para menores doses.

QUADRO 6
Diferenças no mecanismo de acção do DIU e SIU.

	DIU-Cu	SIU LNG
EFEITO NO ESPERMA		
Reação de corpo estranho na cavidade uterina (possível toxicidade para esperma)	X	X
Efeito citotóxico e espermicida por libertação de iões de cobre	X	
Espessamento do muco cervical tornando-o impenetrável aos espermatozoides		X
EFEITO NA FERTILIZAÇÃO		
Redução do n.º ovos fertilizados nas trompas comparativamente com mulheres que não usam contraceção	X	X
EFEITO NO ENDOMÉTRIO		
Aumento da concentração de leucócitos no endométrio	X	
Alteração do perfil de citoquinas e integrina no endométrio	X	X
Supressão endometrial: diminuição da espessura e secreções		X

4.5.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CIU

A contraceção intrauterina é uma opção para mulheres (Categoria 1/2)^{11,12}:

- Que pretendam um método de contraceção de longa duração, reversível, baixo curso e sem estrogénios;
- Mulheres não elegíveis para o uso de estrogénios.

DIU

- Desejo ou necessidade de evitar anticoncepcionais hormonais;
- Desejo de manter hemorragias menstruais cíclicas (não provoca anovulação, nem amenorreia);
- Contraceção de emergência;
- Recomendado para cavidades uterinas entre 6 a 9 cm, para ótima "performance"³⁴.

SIU com 52 mg LNG

- Contraceção eficaz com muito baixo nível de progestativo;
- Usado para tratamento de hemorragia uterina anómala; possível amenorreia em 20 a 40% das utilizadoras^{41,42};

- Indicado para mulheres tratadas com anticoagulantes ou com diástases hemorrágicas (aumenta os níveis de Hemoglobina e a qualidade de vida);
- Tratamento de dismenorreia;
- Tratamento/ profilaxia de hiperplasia simples do endométrio;
- Tratamento dos sintomas associados à Endometriose/Adenomiose^{43,44};
- Proteção endometrial durante terapêutica com estrogénios ou tamoxifeno;
- Parece diminuir o risco de cancro do endométrio, ovário e colo^{44,45};
- Indicado para úteros com histerometria superior a 5,5 cm e sem limite superior.

SIU com LNG 13,5 mg e 19,5 mg

- Menores dimensões, adequado para nuligestas;
- Mulheres que desejam hemorragias cíclicas, mas com diminuição do volume menstrual;
- Diminuição da dismenorreia.

Não são elegíveis (Categoria 3/4) para o uso de contraceção intrauterina as mulheres com situações/condições médicas^{3,11,12}:

- Gravidez (diagnosticada ou suspeita);
- Malformações uterinas;
- Anomalias uterinas com distorção da cavidade;
- Doença Inflamatória Pélvica (DIP) ativa (e até 3 meses após a cura);
- Hemorragia uterina de etiologia não esclarecida;
- Doença maligna do trofoblasto;
- Doença de Wilson ou alergia ao Cobre (DIU);
- Carcinoma da mama com recetores progestativos positivos (até 5 anos) (SIU).

Não há evidência epidemiológica de risco aumentado de carcinoma da mama com o uso do SIU com LNG.

Os antecedentes de Infecções sexualmente transmissíveis (IST) não são contraindicação para o uso de CIU. Se IST deve adiar-se a inserção para 3 meses após resolução da infeção.

4.5.4 ACONSELHAMENTO PARA O USO

Avaliação pré-colocação

- História clínica; Exame geral; Exame ginecológico; Consentimento informado.

Colocação

- Em qualquer altura do ciclo, após exclusão de gravidez (Quadro 4).

Profilaxia antibiótica

- Não recomendada.

Controlo

- 3 meses pós-colocação (opcional)⁴⁶⁻⁴⁸.



QUADRO 7

Início de método contraceptivo intrauterino.

MÉTODO ANTERIOR/SITUAÇÃO MÉDICA	MOMENTO DA INSERÇÃO	NECESSIDADE DE CONTRACEÇÃO ADICIONAL	
		DIU	SIU
Nenhum ou utilização previa de um método não hormonal	Dia 1-5 do ciclo Em qualquer dia do ciclo	Não Nao	Não Sim (durante 7 dias)
Método hormonal combinado (pílula, sistema transdérmico, anel vaginal)	Durante a semana de suspensão do método Em qualquer momento	Não Não	Não Não
PO – Pílula só com progestagénio	Em qualquer momento	Não	Não
Implante	No mesmo dia da remoção	Não	Não
Injectável	Na data da próxima injeção	Não	Não
CE: - LNG Acetato de Ulipristal	Ver comentário adicional Ver comentário adicional	Não	Sim (durante 7 dias)
Após aborto do 1.º trimestre Após aborto 2.º trimestre	IG cirúrgica: Imediatamente IG medicamentosa: na verificação do procedimento	Não Nao	Não Sim (verificação do procedimento ocorrer)
Após parto (independentemente do tipo de aleitamento)	Num intervalo de 48h após o parto Após 4 semanas após o parto	Não Nao	Não Sim (se a mulher não estiver a amamentar em exclusivo)

4.5.5 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Quistos funcionais do ovário: podem ocorrer durante o uso de SIU; a maioria são assintomáticos e desaparecem espontaneamente em 2-3 meses. No caso de persistência devem ser investigados^{49,50}.

Alteração ponderal: O uso de CIU não está associado a alterações de peso⁵¹.

Uso como Contraceptivo de emergência:

- O DIU é o método de contraceção de emergência mais eficaz. Nas situações em que foi utilizado com este objetivo e se a mulher o desejar pode continuar como contraceptivo.
- O SIU não está licenciado para o uso como contraceptivo de emergência.

(ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*)



Colocação de um CIU após toma oral de CE:

- **Após uso de LNG:** Se a opção for um método de contraceção intrauterino deve aguardar a menstruação para iniciar o método (ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*).
- **Após uso de AUP:** Se a opção for um método de contraceção intrauterino deve aguardar a menstruação para iniciar o método e usar um contraceptivo alternativo durante este período excluindo o uso de um método hormonal durante os primeiros 5 dias após o uso do CE (ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*).

4.5.6 COMPLICAÇÕES**Fios não visíveis:**

- Ecografia para localização;
- RX no caso de SIU com LNG.

Dificuldade de remoção:

- Fios não visíveis: tentar retirar com pinça adequada ou por histeroscopia.

Dor ou hemorragia anormal:

- Expulsão em curso;
- Perfuração;
- Infecção.

Perfuração uterina: - (0,06 a 0,16%); mais frequente em mulheres a amamentar⁵¹.

Remover cirurgicamente:

- Parcial: histeroscopia;
- Total: laparoscopia (ou laparotomia).

Infecção após colocação: risco baixo (1%) e mais frequente aos primeiros 20 dias após colocação;

DIP durante o uso de CIU

- Iniciar tratamento antibiótico adequado;
- Não é necessária a remoção, exceto se não há resposta ao tratamento antibiótico instituído em 48-72h;
- Se necessário retirar para tratamento (DIP grave), deve fazer profilaxia antibiótica prévia⁵¹.

Actinomyces:

- Organismo comensal da vagina;
- Presente em mais de 20% das utilizadoras do DIU-Cu (3% com SIU com LNG)⁵¹;
- Não é necessário remover, se assintomática;
- Se decidir tratar, usar penicilina G, tetraciclina ou doxiciclina.

Expulsão: 3-10 % para DIU-Cu; 3-6 % para SIU com LNG.

A expulsão é:

- Mais comum no primeiro ano (sobretudo nos primeiros 6 meses após colocação); a dimensão da cavidade e o tamanho do CIU não se relaciona com a taxa de expulsão³³.
- Mais frequente se inserção imediatamente após o parto ou se tardia pós-parto⁵².
- Mais frequente nas mulheres com menos de 25 anos; a nuliparidade que é mais frequente nas mulheres mais jovens, parece não aumentar o risco de expulsão^{52,53}.

- Mais frequente se SIU-LNG colocado durante um episódio agudo de hemorragia uterina abundante⁵⁴.
- Mais frequente se colocação realizada por profissionais menos experientes⁵⁵.
- Probabilidade de recorrência da expulsão: 30%.

Falha do método - Gravidez:

- Fatores de risco: idade jovem; DIU mal posicionado; expulsão prévia;
- Deve ser retirado, se possível;
- Risco aumentado de GE, abortamento, coriomionite, DPPNI e parto pré-termo.

4.5.7 EFEITOS INDESEJÁVEIS / ADVERTÊNCIAS

Ambos os tipos de CIU se associam a alterações do padrão hemorrágico, a CIU com DIU de cobre associa-se a aumento da quantidade e duração do fluxo menstrual (particularmente nos primeiros ciclos) e a CIU com SIU-LNG pode provocar diminuição do fluxo, amenorreia ou alterações mínimas dependendo da dose⁵⁶. As alterações hemorrágicas (hemorragia prolongada ou inesperada) com SIU-LNG tendem a melhorar ao fim de 6 meses⁴⁴. As utilizadoras devem ser alertadas para que o padrão hemorrágico pretendido pode não ocorrer.

SIU com LNG (nos primeiros meses de uso):

- Efeitos do progestagénio (tensão mamária, irritabilidade, cefaleias, aumento de peso, *spotting* e acne);
- Quistos funcionais do ovário.

4.5.8 MITOS**Nulíparas não podem usar⁵⁷:**

- **Facto:** é um método apropriado para nulíparas de qualquer idade. Não aumenta o risco de infeção.

Aumenta risco de gravidez ectópica:

- **Facto:** não aumenta o risco de gravidez ectópica. O risco de GE é menor em mulheres utilizadoras de CIU comparativamente ao risco com outros métodos contraceptivos reversíveis ou não utilização de contraceção.

Aumenta risco de infertilidade:

- **Facto:** A taxa de gravidez ao fim de 1 ano após remoção é de 80%, que é comparável com a taxa nas mulheres que não usaram CIU⁵⁸.

Aumenta risco de DIP:

- **Facto:** não aumenta o risco de DIP. O risco de DIP com DIU é baixo, similar ao risco com CHC ou implante, independentemente da idade e da paridade, o SIU-LNG parece até diminuir o risco. Também não aumenta o risco de aquisição de infeção por HIV nem de HPV^{59,60}.

Não é um contraceptivo eficaz:

- **Facto:** usado a longo prazo, a taxa de falha aproxima-se da laqueação de trompas (DIU-Cu) ou é idêntica (SIU com LNG).

Não está indicado em adolescentes:

- **Facto:** apesar da informação do fabricante (Bayer) para uso de CIU-LNG em idades superiores a 18 anos, várias sociedades, incluindo AAP (Academia Americana de Pediatria) e ACOG aconselham o seu uso em adolescentes que não tenham contra-indicação médica^{61,62}.

Não é adequado para mulheres imunodeprimidas:

- **Facto:** pode ser usado em mulheres infetadas pelo VIH porque não aumenta o risco de progressão a doença, nem de transmissão ao parceiro não infetado e não tem interferência com antiretrovíricos. Outros estados de imunossupressão (quimioterapia; transplantadas, tratamento imunossupressor por doenças autoimunes) não têm maior risco de infeção com CIU⁶⁰.

Mulheres portadoras de CIU têm contraindicação para realização de RMN:

- **Facto:** o radiologista deve ser informado da presença do CIU porque pode afetar o tipo de sequências, duração do exame e podem ocorrer artefactos, mas não há CI. Mulheres portadoras de CIU podem realizar com segurança o exame. Apesar de alguns conterem metal, não se movem durante a RMN usada para diagnóstico (< a 3,0 Tesla)⁶³.

CIU está contraindicada em mulheres com antecedentes de realização de embolização de artérias uterinas:

- **Facto:** não há CI, mas a colocação só deverá ocorrer após o útero atingir o menor volume, o que ocorre cerca de 3-6 meses após o procedimento.

Inserção mais difícil e dolorosa nas nulíparas:

- **Facto:** a colocação não é mais dolorosa nem difícil nas nulíparas⁶⁴.

O risco de perfuração é maior em úteros retrovertidos:

- **Facto:** não há dados científicos que comprovem um maior risco de perfuração, expulsão ou falha em úteros em retroversão⁶⁵.

É abortivo:

- **Facto:** a maioria dos efeitos ocorrem pré-fertilização, impedindo a fecundação pelo que não é abortivo.

4.5.9 INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

As interações medicamentosas associadas ao uso de progestativos, não se aplicam no caso de uso na CIU, cujo efeito é essencialmente local e não sistémico, não interferindo por isso na eficácia dos SIU com uso concomitante de medicamentos (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)⁶⁶.

4.5.10 BIBLIOGRAFIA

1. Speroff, L. & Darney, P. *A Clinical Guide for Contraception*. (2010).
2. Trussell, J. Contraceptive technology. in *Contraceptive technology* (eds. Hatcher, R. et al.) (Ardent Media, 2011).
3. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).
4. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Problematic Bleeding with Hormonal Contraception Clinical Effectiveness Unit*. (2015).
5. Zigler, R. E. & McNicholas, C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *American journal of obstetrics and gynecology* **216**, 443–450 (2017).
6. Mansour, D., Korver, T., Marintcheva-Petrova, M. & Fraser, I. S. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* **13 Suppl 1**, 13–28 (2008).
7. Hubacher, D., Lopez, L., Steiner, M. J. & Dorflinger, L. Menstrual pattern changes from levonorgestrel subdermal implants and DMPA: systematic review and evidence-based comparisons. *Contraception* **80**, 113–8 (2009).
8. Gemzell-Danielsson, K., Schellschmidt, I. & Apter, D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertility and sterility* **97**, 616–22.e1–3 (2012).
9. Abdel-Aleem, H., D'Arcangues, C., Vogelsong, K. M., Gaffield, M. L. & Gülmezoglu, A. M. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. *The Cochrane database of systematic reviews* CD003449 (2013). doi:10.1002/14651858.CD003449.pub5

10. Mansour, D., Bahamondes, L., Critchley, H., Darney, P. & Fraser, I. S. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception* **83**, 202–10 (2011).
11. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Uk Medical Eligibility Criteria*. (2016).
12. WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. WHO (2015).
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Long-acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-Acting Reversible Contraception*. *National Institute for Health and Clinical Excellence: Guidance* (2005). doi:10.1192/bjp.112.483.211-a
14. Committee Opinion No. 602: Depot medroxyprogesterone acetate and bone effects. *Obstetrics and gynecology* **123**, 1398–402 (2014).
15. Baldwin, M. K. & Jensen, J. T. Contraception during the perimenopause. *Maturitas* **76**, 235–242 (2013).
16. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. Results of an international, multicenter, case-control study. World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Dis. *Contraception* **57**, 315–24 (1998).
17. Vasilakis, C., Jick, H. & del Mar Melero-Montes, M. Risk of idiopathic venous thromboembolism in users of progestagens alone. *Lancet (London, England)* **354**, 1610–1 (1999).
18. Sönmezer, M., Atabekoğlu, C., Cengiz, B., Dökmeci, F. & Cengiz, S. D. Depot-medroxyprogesterone acetate in anticoagulated patients with previous hemorrhagic corpus luteum. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* **10**, 9–14 (2005).

19. Lm, L. et al. Progestin-only contraceptives: effects on weight (Review) SUMMARY OF FINDINGS FOR THE MAIN COMPARISON. (2016). doi:10.1002/14651858.CD008815.pub4.www.cochranelibrary.com
20. Ahmed, K. et al. HIV incidence among women using intramuscular depot medroxyprogesterone acetate, a copper intrauterine device, or a levonorgestrel implant for contraception: a randomised, multicentre, open-label trial. *The Lancet* **394**, 303–313 (2019).
21. Spitz, I. M. & Bardin, C. W. Clinical pharmacology of RU 486 - an antiprogesterin and antigluco-corticoid. *Contraception* **48**, 403–44 (1993).
22. Raymond, E. G. et al. Effects of Depot Medroxyprogesterone Acetate Injection Timing on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology* **128**, 739–745 (2016).
23. Jain, J. et al. Pharmacokinetics, ovulation suppression and return to ovulation following a lower dose subcutaneous formulation of Depo-Provera. *Contraception* **70**, 11–8 (2004).
24. McNicholas, C., Swor, E., Wan, L. & Peipert, J. F. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *American journal of obstetrics and gynecology* **216**, 586.e1–586.e6 (2017).
25. Bahamondes, L. et al. A prospective study of the forearm bone density of users of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants. *Human reproduction (Oxford, England)* **21**, 466–70 (2006).
26. Beerthuizen, R. et al. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Human reproduction (Oxford, England)* **15**, 118–22 (2000).
27. FSRH Guideline. *Overweight, Obesity & Contraception*. (2019).
28. FSRH. *Clinical Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception Drug Interactions with Hormonal Contraception*. 1–12 (2018).
29. Hardeman, J. & Weiss, B. D. Intrauterine devices: an update. *American family physician* **89**, 445–50 (2014).
30. Heinemann, K., Reed, S., Moehner, S. & Minh, T. Do. Comparative contraceptive effectiveness of levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices: the European Active Surveillance Study for Intrauterine Devices. *Contraception* **91**, 280–3 (2015).
31. Arrowsmith, M. E., Aicken, C. R. H., Saxena, S. & Majeed, A. Strategies for improving the acceptability and acceptance of the copper intrauterine device. *The Cochrane database of systematic reviews* CD008896 (2012). doi:10.1002/14651858.CD008896.pub2
32. Trussell, J., Hassan, F., Lowin, J., Law, A. & Filonenko, A. Achieving cost-neutrality with long-acting reversible contraceptive methods. *Contraception* **91**, 49–56 (2015).
33. Black, A. et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 - Intrauterine Contraception. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC* **38**, 182–222 (2016).
34. UpToDate. *Intrauterine contraception: Candidates and device selection*. (2020).
35. Whaley, N. S. & Burke, A. E. Intrauterine Contraception. *Women's Health* **11**, 759–767 (2015).
36. Fritz MA, S. L. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. (2011).
37. Hsia, J. & Creinin, M. Intrauterine Contraception. *Seminars in Reproductive Medicine* **34**, 175–182 (2016).

38. McNicholas, C., Maddipati, R., Zhao, Q., Swor, E. & Peipert, J. F. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the U.S. Food and Drug Administration-approved duration. *Obstetrics and gynecology* **125**, 599–604 (2015).
39. Ortiz, M. E. & Croxatto, H. B. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* **75**, S16–30 (2007).
40. di Spiezio Sardo, A., Mastantuoni, E., De Angelis, M. C. & Zizolfi, B. Contraception with the new intrauterine systems: a winning choice if shared! *Minerva Ginecologica* **71**, (2019).
41. Braga, G. C. et al. Oral anticoagulant therapy does not modify the bleeding pattern associated with the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with thrombophilia and/or a history of thrombosis. *Contraception* **89**, 48–53 (2014).
42. Chi, C., Huq, F. Y. & Kadir, R. A. Levonorgestrel-releasing intrauterine system for the management of heavy menstrual bleeding in women with inherited bleeding disorders: long-term follow-up. *Contraception* **83**, 242–7 (2011).
43. Abou-Setta, A. M., Al-Inany, H. G. & Farquhar, C. M. Levonorgestrel-releasing intrauterine device (LNG-IUD) for symptomatic endometriosis following surgery. *The Cochrane database of systematic reviews* CD005072 (2006). doi:10.1002/14651858.CD005072.pub2
44. American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice. ACOG committee opinion. No. 337: Noncontraceptive uses of the levonorgestrel intrauterine system. *Obstetrics and gynecology* **107**, 1479–82 (2006).
45. Soini, T. et al. Cancer risk in women using the levonorgestrel-releasing intrauterine system in Finland. *Obstetrics and gynecology* **124**, 292–9 (2014).
46. Grimes, D. A., Lopez, L. M. & Schulz, K. F. Antibiotic prophylaxis for intrauterine contraceptive device insertion. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1999). doi:10.1002/14651858.CD001327
47. van der Heijden, P., Geomini, P., Herman, M., Veersema, S. & Bongers, M. Timing of insertion of levonorgestrel-releasing intrauterine system: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* **124**, 299–305 (2017).
48. Caddy, S. et al. Best Practices to Minimize Risk of Infection With Intrauterine Device Insertion. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* **36**, 266–274 (2014).
49. Christensen, J. T., Boldsen, J. L. & Westergaard, J. G. Functional ovarian cysts in premenopausal and gynecologically healthy women. *Contraception* **66**, 153–157 (2002).
50. Nahum, G. G., Kaunitz, A. M., Rosen, K., Schmelter, T. & Lynen, R. Ovarian cysts: presence and persistence with use of a 13.5mg levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception* **91**, 412–417 (2015).
51. Achilles, S. L. et al. Impact of contraceptive initiation on vaginal microbiota. *American journal of obstetrics and gynecology* **218**, 622.e1–622.e10 (2018).
52. Aoun, J. et al. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstetrics and gynecology* **123**, 585–92 (2014).
53. Madden, T. et al. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstetrics and gynecology* **124**, 718–26 (2014).
54. Diaz, J. et al. Acceptability and performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system (Mirena) in Campinas, Brazil. *Contraception* **62**, 59–61 (2000).

55. Backman, T. *et al.* Sixty thousand woman-years of experience on the levonorgestrel intrauterine system: an epidemiological survey in Finland. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* 6 Suppl 1, 23–6 (2001).

56. Lowe, R. F. & Prata, N. Hemoglobin and serum ferritin levels in women using copper-releasing or levonorgestrel-releasing intrauterine devices: a systematic review. *Contraception* 87, 486–96 (2013).

57. Hauck, B. & Costescu, D. Barriers and Misperceptions Limiting Widespread Use of Intrauterine Contraception Among Canadian Women. *Journal of obstetrics and gynaecology Canada: JOGC = Journal d'obstetrique et gynecologie du Canada: JOGC* 37, 606–616 (2015).

58. Stoddard, A. M., Xu, H., Madden, T., Allsworth, J. E. & Peipert, J. F. Fertility after intrauterine device removal: a pilot study. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* 20, 223–30 (2015).

59. Hubacher, D., Grimes, D. A. & Gemzell-Danielsson, K. Pitfalls of research linking the intrauterine device to pelvic inflammatory disease. *Obstetrics and gynecology* 121, 1091–8 (2013).

60. Browne, H., Manipalviratn, S. & Armstrong, A. Using an intrauterine device in immunocompromised women. *Obstetrics and gynecology* 112, 667–9 (2008).

61. Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, T. A. C. of O. and G. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstetrics and gynecology* 120, 983–8 (2012).

62. Francis, J. K. R. & Gold, M. A. Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents: A Review. *JAMA pediatrics* 171, 694–701 (2017).

63. Correia, L., Ramos, A. B., Machado, A. I., Rosa, D. & Marques, C. Magnetic resonance imaging and gynecological devices. *Contraception* 85, 538–43 (2012).

64. Lohr, P. A., Lyus, R. & Prager, S. Use of intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 95, 529–537 (2017).

65. Chi, I. C., Farr, G., Dominik, R. & Robinson, N. Do retroverted uteri adversely affect insertions and performance of IUDs? *Contraception* 41, 495–506 (1990).

66. Vieira, C. S., Pack, A., Roberts, K. & Davis, A. R. A pilot study of levonorgestrel concentrations and bleeding patterns in women with epilepsy using a levonorgestrel IUD and treated with antiepileptic drugs. *Contraception* 99, 251–255 (2019).

B.5 MÉTODOS DE BARREIRA E NATURAIS

5.1 MÉTODOS DE BARREIRA

Mecânicos:

- Masculino
- Feminino

As mulheres devem ser esclarecidas adequadamente sobre a eficácia e efetividade destes métodos (ver Secção A: *Introdução*).

As mulheres em que a gravidez constitua um risco inaceitável devem ser aconselhadas a associar aos métodos barreira, métodos com maior eficácia contraceptiva (ver Secção A.7: *Condições médicas nas quais a gravidez representa medicamente um risco inaceitável*).

São os únicos métodos contraceptivos que simultaneamente protegem das infeções sexualmente transmissíveis.

Ausência de efeitos sistêmicos.

A eficácia depende da utilização correta e uso sistemático.

5.1.1 PRESERVATIVO MASCULINO

EFICÁCIA

- Taxa prevista de 2% a 18% de falhas durante o 1.º ano de utilização¹.

ACONSELHAMENTO PARA USO

- Menor proteção na IST associada à úlcera genital ou HPV (infeção transmitida por áreas não protegidas pelo preservativo);
- Alta eficácia na prevenção do HIV^{2–4};
- Dupla proteção: ideal associar a outro método contraceptivo.

TIPOS DE PRESERVATIVO MASCULINO

- Látex;
- Poliuretano e outros plásticos (Quadro1).

QUADRO 1

Características gerais dos preservativos masculinos.

CARACTERÍSTICAS	PRESERVATIVO LÁTEX	PRESERVATIVO DE POLIURETANO E OUTROS PLÁSTICOS
Contraceção	Igual eficácia contraceptiva	
Prevenção de IST	Maior proteção das IST	Menor proteção das IST
Resistência	Elevada resistência	Risco de rotura superior aos preservativos de Latex
Risco de alergia	Baixo	Recomendados no caso de alergia ao latex
Associação a lubrificantes, terapêuticas tópicas	Os lubrificantes oleosos interferem na eficácia contraceptiva e proteção de IST Só devem ser associados a lubrificantes aquosos	Os lubrificantes oleosos não interferem na eficácia contraceptiva e proteção de IST
	A associação a terapêuticas tópicas pode interferir na eficácia contraceptiva	

VANTAGENS

- Ausência de efeitos sistêmicos;
- Facilidade de uso – não necessita de supervisão médica;
- Fomenta o envolvimento masculino na contraceção e na prevenção das IST;
- Pode contribuir para prevenção da ejaculação precoce.

DESvantagens

- Ocorrência de rotura durante o coito ou deslocação e retenção na vagina.

PRECAUÇÕES

- Data de validade deve ser respeitada:
 - 5 anos;
 - 2 anos (se contiver espermicida).
- Não se recomenda a abertura da embalagem com objetos cortantes (incluindo unha, dentes).

5.1.2 PRESERVATIVO FEMININO**EFICÁCIA**

- Taxa prevista de 5% a 21% de falhas durante o 1.º ano de utilização²;
- Depende da correta utilização e consistência do uso.

ACONSELHAMENTO PARA USO

- Contraceção;
- Prevenção das IST.

VANTAGENS

- Ausência de efeitos sistêmicos;
- Fabricado em poliuretano, pelo que se pode associar a lubrificante oleoso;
- Pode ser colocado na vagina até 8 horas antes da relação; não é necessária a retirada imediata do pênis após a ejaculação;
- Pode ser mais fácil de utilizar do que o masculino, em caso de disfunção eréctil;
- É mais resistente que o preservativo masculino de látex.

DESvantagens

- Dificuldade de aprendizagem da técnica correta da inserção;
- É mais dispendioso que o preservativo masculino;
- Não pode ser usado em associação ao preservativo masculino (risco de aderência);
- O anel interior pode causar desconforto durante o coito;
- Não pode ser usado em determinadas malformações vaginais.

ADVERTÊNCIAS

- Utilizar uma única vez;
- Não pode ser usado em associação ao preservativo masculino (risco de aderência);
- Introduzir o preservativo profundamente na vagina;
- Assegurar que o anel exterior do preservativo permanece no exterior da vagina cobrindo os pequenos lábios;
- Não pode ser usado em determinadas malformações vaginais;
- Não recomendado em situações de alergia ao poliuretano.

5.1.3 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE MÉTODOS BARREIRA

- Todas as situações e condições médicas são elegíveis para o uso de métodos barreira.
- As mulheres com condições médicas em que a gravidez constitua um risco inaceitável devem ser aconselhadas a usar um método de contraceção mais eficaz e efetivo.
- O preservativo de latex não deve ser utilizado em homens/mulheres com alergia ao latex (Categoria 3).

5.2 MÉTODOS NATURAIS

Os métodos naturais são métodos com acessibilidade universal e sem interferência química, mecânica ou outra. Exigem um aconselhamento adequado e o compromisso dos 2 elementos do casal.

CLASSIFICAÇÃO

- Métodos baseados na previsão do período fértil (*Fertility Awareness-Based Methods*) com abstinência periódica
 - Baseados na duração do ciclo menstrual
 - Método do Calendário (Ogino-Knauss)
 - Método dos Dias *Standard*
 - Baseados na identificação de sinais e sintomas
 - Método da Temperatura Basal (MTB)
 - Método do Muco Cervical (Billings)
 - Método Sintotérmico (MTB+ Billings)
 - Método dos “Dois Dias”

- Amenorreia Lactacional

- Coito Interrompido

CONSIDERAÇÕES GERAIS

- Não devem ser utilizados por mulheres em que a gravidez constitui um risco inaceitável² (ver Secção A.7: *Condições médicas nas quais a gravidez representa medicamente um risco inaceitável*)
- Não protegem de IST
- Sem efeitos sistêmicos
- Sem custos

5.2.1 MÉTODOS BASEADOS NA PREDIÇÃO DO PERÍODO FÉRTIL (FERTILITY AWARENESS-BASED METHODS)

- Estes métodos implicam que a mulher aprenda a identificar o período fértil, conhecendo as modificações fisiológicas ao longo do ciclo menstrual.
- São também conhecidos como métodos de “abstinência periódica” (durante o período fértil).

EFICÁCIA

- Até 25% de falhas após um ano de utilização corrente (com uso correto, 0,4 a 5%)^{3,6} (ver Secção A: *Introdução*).

VANTAGENS

- Baixa eficácia com uso corrente;
- Período longo de aprendizagem (geralmente são necessários, no mínimo, 6 ciclos para aprender a identificar o período fértil);
- Requerem monitorização rigorosa e diária dos sinais de fertilidade;
- Podem requerer longos períodos de abstinência sexual;
- A existência de ciclos irregulares dificulta, ou impossibilita a utilização eficaz destes métodos;
- Algumas condições médicas dificultam a monitorização dos sinais de fertilidade e, conseqüentemente, a utilização destes métodos (ex: vulvovaginites, medicação tópica);
- Não aconselháveis nos extremos da vida fértil (adolescência, perimenopausa).

5.2.1.1 MÉTODO DO CALENDÁRIO (OGINO-KANUSS)

- Princípios para o cálculo do período fértil:
 - a mulher tem uma ovulação por mês, 14 dias antes da menstruação seguinte;
 - o óvulo é fecundável até 2 dias após a ovulação e o espermatozoide pode ser fecundante até 3 a 5 dias após a ejaculação.
- Cálculo do período fértil:
 - considerar a duração de pelo menos 6 ciclos menstruais prévios;
 - subtrair 10 dias ao número de dias do ciclo mais longo e 20 dias ao número de dias do ciclo curto (ex: ciclo mais longo com 30 dias; ciclo mais curto com 26 dias; período fértil entre o 6.º e o 20.º dia do ciclo).
- Abstinência sexual ou utilização de método barreira durante o período fértil calculado.

5.2.1.2 MÉTODO DOS DIAS STANDARD

- Define o período fértil do 8.º ao 19.º dia do ciclo;
- Só indicado em mulheres com ciclos de 26 a 32 dias;
- Período de abstinência de 12 dias.

5.2.1.3 MÉTODO DA TEMPERATURA BASAL (MTB)

- Tem como fundamento o aumento da temperatura basal (pelo menos 0,5°C) após a ovulação;
- Requer medição diária da temperatura basal (oral, vaginal ou retal), ao acordar, antes de qualquer atividade e após, pelo menos, 6 horas de sono;
- Define o período fértil entre o primeiro dia do ciclo e até pelo menos 3 dias depois da elevação da temperatura basal (3 dias depois de ter ocorrido a ovulação); só depois deste período poderão ocorrer relações sexuais desprotegidas;
- Baseia-se numa determinação retrospectiva da ovulação;
- Algumas condições médicas podem interferir na temperatura basal (febre).

5.2.1.4 MÉTODO DO MUCO CERVICAL (BILLINGS)

- As características do muco cervical variam ao longo do ciclo:
 - na periovulação é mais claro, mais abundante e com maior elasticidade (filância);
 - após a ovulação é mais viscoso, opaco e menos abundante.
- Considera-se que o período fértil se inicia no primeiro dia em que o muco se torna filante e transparente e prolonga-se, pelo menos, até quatro dias após filância máxima; neste período não deverão ocorrer relações sexuais desprotegidas;
- O uso concomitante de hidratantes ou terapêuticas tópicos pode interferir nas características do muco cervical.

5.2.1.5 MÉTODO SINTOTÉRMICO

- Identificação do período fértil combinando os métodos da temperatura basal e do muco cervical;
- Considera-se que o período fértil se inicia no primeiro dia em que o muco se torna filante e transparente, terminando no quarto dia após filância máxima do muco e depois de passados três dias sobre a elevação da temperatura basal;
- Pode associar-se ao Teste Monoclonal, que consiste na utilização de tiras-teste para a pesquisa de LH, cujo pico máximo ocorre 24 a 36 horas antes da ovulação;
- O uso concomitante de hidratantes ou terapêuticas tópicos pode interferir nas características do muco cervical;
- Algumas condições médicas podem interferir na temperatura basal (febre).

5.2.1.6 MÉTODO DOS "DOIS DIAS"

- Baseia-se na avaliação das secreções vaginais independentemente da quantidade e características;
- Se durante dois dias consecutivos não forem observadas secreções vaginais, podem ocorrer relações sexuais desprotegidas^{4,5}.

5.2.1.7 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE MÉTODOS BASEADOS NA PREDIÇÃO DO PERÍODO FÉRTIL (FERTILITY AWARENESS-BASED METHODS)

Não existem condições médicas que se agravem com estes métodos de contraceção.

As Categorias 1 a 4 da OMS, não se aplicam ao uso destes métodos. No entanto, existem condições médicas que tornam a sua utilização complexa e sugere-se que o uso seja adiado até que a condição esteja esclarecida ou ultrapassada e que seja acompanhado de um aconselhamento específico.

QUADRO 2

CrITÉRIOS de elegibilidade para o uso de métodos baseados na predição do período fértil.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CATEGORIA	
	A = uso aceitável C = uso com limitações D = Não aconselhável	COMENTÁRIO
Extremos da vida reprodutiva <ul style="list-style-type: none"> Pós-menarca Perimenopausa 	C C	As irregularidades menstruais são frequentes nos extremos de vida reprodutiva pelo que o uso destes métodos não é aconselhável.
Pós-parto <i>A amamentar</i> <ul style="list-style-type: none"> < 6 semanas > 6 semanas depois de voltar a menstruação 	D C/D C/A	As mulheres a amamentar exclusivamente e amenorreicas não têm função ovárica suficiente para apresentarem sinais de alterações hormonais e a fertilidade está reduzida durante as primeiras semanas de pós-parto, pelo que o uso do método pode ser adiado ou usado com precaução (ver método da amenorreia lactacional). Depois de voltar a menstruar (considerar a presença de pelo menos 3 menstruações) e de a mulher reconhecer sinais de fertilidade estes métodos podem ser utilizados.
<i>Sem amamentar</i> <ul style="list-style-type: none"> < 4 semanas > 4 semanas 	D C/A	Antes das 4 semanas após o parto o risco de gravidez é muito baixo. A ovulação ocorre depois das 4 semanas após o parto. A mulher pode retomar o uso do método 3-4 meses depois do parto se tiver ciclos regulares.
Drogas que afetem a temperatura corporal	C/D	Na presença de uma doença aguda ou crónica com alteração da temperatura corporal estes métodos devem ser usados com precaução ou não aconselhados.
Perda hemática não regular	D	Na presença de irregularidades menstruais o uso destes métodos não deve ser aconselhado.
Pós-aborto	C/D	A mulher pode retomar o uso destes métodos depois de ter pelo menos uma menstruação.

5.2.2 MÉTODO DA AMENORREIA LACTACIONAL (MAL)

A utilização deste método requer a coexistência de três condições (The Bellagio Consensus):

- Parto há menos de 6 meses;
 - A mulher deve permanecer em amenorreia;
 - A amamentação deverá ser exclusiva, ou quase, com mamadas diurnas e noturnas, com intervalos inferiores a 6 horas.
- A mulher deve estar informada acerca de outro método para início imediato caso uma das três condições não esteja presente.
 - Taxa prevista de falhas de 1 a 2% durante o primeiro ano de utilização.

(ver Secção C.2: Contraceção no pós-parto)

5.2.2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DA MAL

Não existem condições médicas nas quais o método da amenorreia lactacional tenha um impacto negativo na saúde materna. No entanto, existem condições em que a amamentação não está indicada:

- Mãe com Infecção VIH (ver Secção D.9: HIV / Imunodeficiência).
- Mulheres sob terapêutica que contraindica a amamentação, sendo as mais frequentes: bromocriptina, alguns anticoagulantes, corticosteroides (elevadas doses), ciclosporina, ergotamina, lítium, alguns modeladores do humor, drogas radioactivas, reserpina.
- Condições que afetam o recém-nascido, sendo as mais frequentes: Defeito do lábio e/ou do palato, doenças metabólicas.

5.2.3 COITO INTERROMPIDO

Remoção do pénis da vagina e sem contacto com os genitais externos antes da ejaculação.

EFICÁCIA: Taxa prevista de 4 a 22% de falhas durante o primeiro ano de utilização⁶ (ver Capítulo: *Introdução*).

VANTAGENS: Pode ser utilizado em qualquer fase do ciclo.

DESVANTAGENS: Requer autocontrolo masculino.

5.2.3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DO COITO INTERROMPIDO

Todas as mulheres são elegíveis para o uso deste método.

5.3 MITOS

- Todos sabem usar preservativo
- O preservativo protege sempre das IST
- Preservativos lubrificados com espermicida são mais eficazes na prevenção da gravidez ou das IST
- A ovulação ocorre sempre a meio do ciclo
- As mulheres a amamentar não engravidam

5.4 BIBLIOGRAFIA

1. Trussell, J. in *Contraceptive technology* (eds. Hatcher, R. et al.) (Ardent Media, 2011).

2. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).

3. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Uk Medical Eligibility Criteria*. (2016).

4. Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).

5. Jennings, V., *Fertility awareness - based methods of pregnancy prevention*, UpToDate, August 2016

6. Speroff L, Darney P: *A Clinical Guide for Contraception*, Fifth Edition, 2010

B.6 CONTRACEÇÃO DEFINITIVA

A esterilização cirúrgica tem como finalidade evitar definitivamente a concepção. Assim, está indicado quando a opção é de forma definitiva não voltar a engravidar ou situações e condições médicas nas quais a gravidez representa medicamente um risco inaceitável ou tem risco de um desfecho materno-fetal desfavorável¹. Inclui a laqueação tubária / salpingectomia e a vasectomia.

De acordo com a Legislação Portuguesa (*Diário da República n.º 71/1984, Série I de 1984-03-24. 981-983*)²

*“A esterilização voluntária só pode ser praticada por maiores de 25 anos, mediante declaração escrita devidamente assinada, contendo a inequívoca manifestação de vontade de que desejam submeter-se à necessária intervenção e a menção de que foram informados sobre as consequências da mesma, bem como a identidade e a assinatura do médico solicitado a intervir. A exigência do limite de idade constante do n.º 1 é dispensada nos casos em que a esterilização é determinada por razões de ordem terapêutica.”*³.

6.1 LAQUEAÇÃO TUBÁRIA (LT) / SALPINGECTOMIA

A laqueação tubária pode ser efetuada:

- No pós-parto por laparotomia durante a cesariana ou por minilaparomia infraumbilical, dado que o fundo uterino está acessível nas primeiras 48h pós-parto vaginal. Na laparotomia /mini-laparotomia a salpingectomia parcial pela técnica de Pomeroy é a mais utilizada⁴.
- Por laparoscopia ou minilaparotomia com destruição por electrocoagulação, secção ou laqueação com anéis ou remoção total ou parcial (salpingectomia) das trompas de Falópio⁵.
- A salpingectomia é procedimento cirúrgico mais utilizado pela associação a uma redução do risco de carcinoma do ovário.
- A laparoscopia é o método de eleição devendo a laparotomia e a mini-laparotomia ser reservadas para as laqueações peri e pós-parto (cesariana e parto vaginal).
- A histeroscopia com a utilização do sistema de *Essure*[®], foi descontinuada na Europa.

As técnicas cirúrgicas têm por objetivo ocluir ou destruir as trompas de Falópio impossibilitando assim o contacto do espermatozoide com o óvulo.

Não se verifica associação entre a esterilização definitiva e alteração dos valores de FSH, LH, estradiol, diminuição do número de folículos antrais ou idade mais precoce da menopausa⁶.

6.1.1 EFICÁCIA

Considerando todos os métodos o índice de Pearl é de 0,5-1,8%.

A taxa de falha da esterilização feminina (considerando toda as técnicas disponíveis) é <1%, comparável à esterilização masculina e aos métodos femininos reversíveis de longa duração (LARCs.)⁷⁻¹⁰.

Nos casos de gravidez após laqueação tubária, o risco de gravidez ectópica (GE) é semelhante ao das utilizadoras de SIU-LNG e está calculado entre 1 e 2 GE por cada 3 gravidezes diagnosticadas¹⁰, sendo superior às GE que ocorrem com o DIU de cobre (1 em cada 16 gravidezes diagnosticadas).

6.1.2 VANTAGENS E DESVANTAGENS

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> Na laparoscopia há menor dor pós-operatória e a recuperação é mais rápida; Permite inspecionar a cavidade pélvica e diagnosticar/tratar outras patologias; Permite realizar salpingectomia distal e assim reduzir o risco de cancro do ovário; Sem efeito na função hormonal e no ciclo menstrual; Seguro e definitivo. <p><i>Contraceção garantida imediatamente após procedimento</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> Intervenção cirúrgica com necessidade de bloco operatório; Anestesia geral; Riscos cirúrgicos inerentes às técnicas (laparotomia/laparoscopia); Maior risco de gravidez ectópica no caso de falha do método; Não protege contra as IST; Não controla alterações do padrão menstrual (irregularidades menstruais e menorragias).

6.1.3 ADVERTÊNCIAS

- As mulheres devem manter o seu método de contraceção até ao dia do procedimento;
- Deve ser realizado um teste para excluir gravidez nesse dia;
- Mulheres submetidas a laqueação tubária devem manter o seu método de contraceção durante mais 1 semana.

6.1.4 COMPLICAÇÕES

- Minilaparotomia comparada com a laparoscopia têm uma taxa maior de complicações *minor* ("odds ratio" 1.89; 95% CI 1.38-2.59)⁶;
- Minilaparotomia no pós-parto comparada com a laparoscopia eletiva apresenta uma maior taxa de complicações (0.4 vs. 0.1% para complicações "major" e 0.8 vs. 0.25% para complicações *minor*)⁶;
- Dor ovulatória;
- Hemorragias uterinas anormais;
- Gravidez (0,15%).

6.1.5 EFEITOS ADVERSOS

Ciclo menstrual: A literatura não é concordante no impacto da LT no ciclo menstrual, considerando-se que as mulheres com LT não tem modificações no padrão menstrual. O efeito mais frequente é o aumento da duração e do fluxo menstrual¹². Nas mulheres com cesariana prévia um estudo demonstrou um aumento do fluxo catamenial¹³. AS mulheres com SOP sob CHC e controlas, voltam ao padrão menstrual prévio à utilização de CHC.

Função sexual: A função sexual encontra-se inalterada ou até melhora após a esterilização¹⁴.

6.1.6 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA A REALIZAÇÃO DE LAQUEAÇÃO TUBÁRIA

Todas as mulheres saudáveis são elegíveis para LT. Na presença de uma doença aguda deve diferir-se o procedimento.

Nas mulheres com comorbilidades e com antecedentes cirúrgicos deve sempre ponderar-se os riscos e benefícios do procedimento (Quadro 1) (ver Secção A.7: *Condições médicas nas quais a gravidez representa medicamente um risco inaceitável*)^{5,16}.

QUADRO 1

Critérios de elegibilidade para LT.

SITUAÇÃO CLÍNICA	CATEGORIA	COMENTÁRIO
	A = uso aceitável C = uso com limitações D = diferir S = indicação especial	A = Opção sem limitações C = Ponderar o uso de método alternativo D = Diferir até que a condição esteja ultrapassada ou resolvida, usando método alternativo S = realizar assegurando condições medicadas de suporte multidisciplinares
Idade jovem	C	A taxa de arrependimento é mais elevada nas mulheres jovens (menos de 30 anos);
Nulípara/ Multípara	A/A	A nulíparidade não é um fator associado a maior risco de arrependimento pelo que não deve determinar o não direito à escolha do método;
Após o parto	A D A	LT: >7<42 dias aumento do risco de complicações quando o útero não esta completamente involuído;
<ul style="list-style-type: none"> 7 dias > 7 < 42 dias > 42 dias Gravidez/parto complicado	D	Diferir procedimento se complicações obstétricas a menos que a utente tenha tido parto por cesariana ou no decurso das complicações seja sujeita a laparotomia;
Após aborto	A D	Diferir procedimento a menos que no decurso das complicações seja sujeita a laparotomia;
Doenças do Ap. Reprodutor	A A D	Considerar o uso de SIU-LNG na terapêutica da HUA; Diferir procedimento até esclarecimento da situação clínica;
Situação clínica grave	D C/S	D - Diferir nas situações de: TVP agudo, DTG persistente; D. oncológica; DIP, EAM; AVC, Tuberculose, Cirrose Severa (descompensada), Epilepsia não controlada, Transplante de órgãos sólidos < 2 anos. Ponderar considerando o risco cirúrgico do procedimento na: Obesidade (> 30 kg/m ² BMI), múltiplos fatores de risco de DCV, HTA, TVP sob anticoagulação, Antecedentes de EAM, Antecedentes de AVC, infeção HIV (Estadio 3 e 4), Diabetes com atingimento de órgãos alvo, Fibrose quística.

6.1.7 MUDANÇA DE OPINIÃO APÓS A REALIZAÇÃO DE LT

O processo de aconselhamento deve incluir informação sobre a irreversibilidade do método.

A taxa de arrependimento, é de 2 a 26% conforme os estudos⁴.

São fatores de risco para arrependimento:

- idade jovem: a taxa de arrependimento é mais elevada nas mulheres jovens (menos de 30 anos);
- história de morte de um filho;
- com problemas conjugais (parceiro não apoia a decisão) e quando há mudança de companheiro;
- estado civil (solteiras > risco do que casadas ou divorciadas);
- realização no pós-parto e um intervalo inferior a 2 anos entre um nascimento e a realização da esterilização.

A menor paridade não é um fator associado a maior risco de arrependimento (corrigindo o fator idade, a nuliparidade é fator para menor risco de arrependimento) pelo que não deve determinar o não direito à escolha do método.

A esterilização efetuada num pós-abortamento (espontâneo ou por opção) não está associada a um maior risco de arrependimento.

6.2 VASECTOMIA

A vasectomia consiste na laqueação dos canais deferentes.

A vasectomia não aumenta o risco de cancro prostático ou testicular.

Não interfere no desempenho sexual¹¹.

6.2.1 EFICÁCIA

Tem uma taxa de eficácia elevada (índice de Pearl: 0,15) comparável à esterilização feminina.

Taxas de gravidez a 1 ano após confirmação da azoospermia: de 0,02 a 0,74%⁹.

É um método mais custo-efetivo para contraceção definitiva.

A esterilização só fica garantida posteriormente, após confirmação da azoospermia em espermograma de controlo. Em 99% dos doentes consegue-se realizar a cirurgia na primeira tentativa.

Comparado com a laqueação tubária, a vasectomia é um procedimento mais seguro, mais eficaz e que pode ser realizado sob anestesia local. Consensualmente é considerada o método de esterilização com menos riscos: tem 12 vezes menor mortalidade e 20 vezes menor morbidade que a laqueação tubária¹².

6.2.2 VANTAGENS E DESVANTAGENS

VANTAGENS	DESVANTAGENS
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Procedimento minimamente invasivo, rápido, efetuado com anestesia local e em ambulatório; ▪ Seguro e definitivo; ▪ Sem efeito na função hormonal, não provoca disfunção nem afeta o desejo sexual; ▪ O homem assume a responsabilidade da contraceção; ▪ Seguro e definitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Contraceção eficaz só após confirmação da azoospermia; ▪ Complicações raras a muito raras: dor ou edema do escroto, infeção, hemorragia, hematoma; ▪ Não protege contra IST.

6.2.3 ADVERTÊNCIAS

- Necessidade de 20 ejaculações/**3 meses** após procedimento e realização de espermograma de controlo para confirmar azoospermia;
- Deve manter um método contracetivo alternativo até a confirmação da azoospermia¹¹.

6.2.4 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA A REALIZAÇÃO DE VASECTOMIA

- Todos os homens que o desejem são elegíveis para a realização de vasectomia¹¹.

6.3 BIBLIOGRAFIA

1. Fritz MA, S. L. *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. (2011).

2. *Diário da República n.º 71/1984, Série I de 1984-03-24*. 981–983

3. *Diário da República n.º 240/2000, Série I-A de 2000-10-17*. 5784–5786

4. Huber, A. W. *et al.* Tubal sterilization: complications of laparoscopy and minilaparotomy. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* **134**, 105–9 (2007).

5. <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/family/worldContraceptivePatternsWallChart2013.pdf>.

6. Ercan, C. M. *et al.* Ovarian reserve testing before and after laparoscopic tubal bipolar electrodesiccation and transection. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* **166**, 56–60 (2013).

7. Trussell, J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* **83**, 397–404 (2011).

8. Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C. *Contraception* **56**, 341–52 (1997).

9. Sivin, I. & Stern, J. Health during prolonged use of levonorgestrel 20 micrograms/d and the copper TCU 380Ag intrauterine contraceptive devices: a multicenter study. International Committee for Contraception Research (ICCR). *Fertility and sterility* **61**, 70–7 (1994).

10. Peterson, H. B. *et al.* The risk of pregnancy after tubal sterilization: findings from the U.S. Collaborative Review of Sterilization. *American journal of obstetrics and gynecology* **174**, 1161–8; discussion 1168–70 (1996).

11. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).

12. Peterson, H. B. *et al.* The risk of menstrual abnormalities after tubal sterilization. U.S. Collaborative Review of Sterilization Working Group. *The New England journal of medicine* **343**, 1681–7 (2000).

13. Harlow, B. L., Missmer, S. A., Cramer, D. W. & Barbieri, R. L. Does tubal sterilization influence the subsequent risk of menorrhagia or dysmenorrhea? *Fertility and sterility* **77**, 754–60 (2002).

14. Smith, A. *et al.* Are sexual problems more common in women who have had a tubal ligation? A population-based study of Australian women. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* **117**, 463–8 (2010).

15. rtis, K. M. *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports : Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control **65**, (2016).

16. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).

Secção C

Contraceção em Situações Médicas Especiais

Contraceção em Situações Médicas Especiais

C.1 CONTRACEÇÃO APÓS ABORTO

(Espontâneo ou Induzido)

A realização de uma interrupção de gravidez (qualquer indicação) ou a ocorrência de um aborto espontâneo são oportunidades para os clínicos abordarem com a mulher as suas futuras intenções concetivas e o uso de um método de contraceção efetivo. A escolha deve respeitar o princípio da autonomia e a liberdade de opção da mulher.

Constituem estratégias para prevenir uma gravidez não desejada e o aborto de repetição¹⁻⁴:

- Integrar o aconselhamento contracetivo durante o processo do aborto.
- Assegurar a utilização de um método de contraceção eficaz e efetivo.

De acordo com a Legislação Nacional e as Orientações da DGS "os Serviços devem ter disponíveis para utilização imediata contracetivos, em particular aqueles cujo início pode ser simultâneo ao processo de interrupção" (ver Secção G - Anexo 1)⁵.

1.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO APÓS ABORTO

Todos os métodos de contraceção são elegíveis em mulheres saudáveis após um aborto não complicado no 1.º/2.º trimestre (Quadro 1)^{1,6,7}.

Nas mulheres com condições médicas especiais devem ser respeitados os respetivos critérios médicos de elegibilidade para uso de contraceção (ver Secção D: *Contraceção Hormonal e Intrauterina em Condições Médicas Especiais*).

QUADRO 1

Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção após aborto.

CONTRACEÇÃO APÓS ABORTO	CHC (O/T/V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU-Cu	LT
1.º trimestre	1	1	1	1	1	1	1
2.º trimestre	1	1	1	1	2	2	1
Após um aborto séptico	1	1	1	1	4	4	1

1.2 RECOMENDAÇÕES PARA O INÍCIO DO MÉTODO DE CONTRACEÇÃO

- A ovulação pode ocorrer 6-8 dias depois do aborto^{1,2}
- 83% das mulheres ovulam no primeiro ciclo após o aborto^{1,2}

Recomenda-se o início da contraceção imediato ao procedimento (no dia ou nos 5 dias após) ou no dia (ou dia após) da confirmação do aborto. O início da contraceção no intervalo de 5 dias após o aborto evita a necessidade de usar um método de contraceção adicional (Quadro 2)^{1,6-8}.

Recomenda-se o uso de contraceção de emergência sempre que ocorra uma relação sexual não protegida num intervalo de tempo superior a 5 dias depois de um aborto na mulher que não iniciou contraceção. Todos os métodos de CE são elegíveis nesta circunstância (ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*)⁷.

O início de um método de longa duração imediato ao aborto é seguro e bem aceite (Quadro 2)⁷.

QUADRO 2
Início do contraceptivo após aborto 1.º/2.º trimestre.

MÉTODO CONTRACETIVO	ABORTO ESPONTÂNEO	ABORTO MEDICAMENTOSO	COMENTÁRIOS	ABORTO CIRÚRGICO	COMENTÁRIOS
CHC (O, T, V)	No dia da confirmação do aborto completo	No dia ou num intervalo de 5 dias após uso de misoprostol	Sem impacto na eficácia do misoprostol Sem impacto na perda de sangue Risco TEV baixo	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue Risco TEV baixo
PO	No dia da confirmação do aborto completo	No dia ou num intervalo de 5 dias após uso de misoprostol	Sem impacto na eficácia do misoprostol Sem impacto na perda de sangue Sem risco TEV	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue Sem risco TEV
Acetato de medroxiprogesterona	No dia da confirmação do aborto completo	No dia ou num intervalo de 5 dias após uso de misoprostol	O início no dia do aborto (dia de administração do mifepristone) pode condicionar a diminuição da eficácia do procedimento	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue
Implante (ETG)	No dia da confirmação do aborto completo	No dia da toma do mifepristone	Sem impacto na eficácia do procedimento	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue
DIU-Cu SIU-LNG	No dia da confirmação do aborto completo	No dia da confirmação do aborto completo	Sem impacto na perda de sangue ou dor	No dia do procedimento	Sem impacto na perda de sangue ou dor A taxa de expulsão parece ser maior na inserção imediata do que na inserção diferida

1.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

1.3.1 INÍCIO DE CHC (ORAL, TRANSDÉRMICA, VAGINAL) E CPO

O início imediato CHC (oral, transdérmica, vaginal), significa o início no dia (ou no intervalo de 5 dias) do diagnóstico de um aborto espontâneo ou num aborto induzido, no dia da administração do misoprostol.

O início imediato de contraceção não tem impacto na eficácia do misoprostol e na sintomatologia associada ao misoprostol (perda de sangue e dor)^{1,2,4,7,9,10}. Não está associada a um aumento do risco de perdas hemáticas irregulares, no uso do contraceptivo, ou alterações dos parâmetros da coagulação^{1,2,4,7,9-11}.

O início imediato de contraceção previne eficazmente a ovulação no ciclo seguinte e o risco de nova gravidez não desejada.

Nas mulheres que usam anel vaginal após um aborto no 1.º/2.º trimestre (médico ou cirúrgico) a evidência é limitada, não parecendo haver associação a complicações incluindo infeções nos 3 ciclos seguintes ao aborto¹².

Risco tromboembólico no 1.º e 2.º trimestre da gravidez

O TEV na gravidez e no puerpério é um evento raro podendo variar, consoante os estudos, entre 0.08 e 7.13 casos por 1000 gestações, sendo significativamente mais elevado do que nas mulheres com a mesma idade não grávidas (95% IC: 1,0-1,8).

O 1.º e 2.º trimestre de gravidez conferem um ligeiro aumento de risco de TEV (1,6 e 2,1, respetivamente)¹³⁻¹⁴.

É elegível iniciar CHC após o aborto. O risco TEV após um aborto do 1.º e 2.º trimestre é baixo e inferior ao benefício do início imediato de contraceção hormonal, incluindo CHC, na prevenção de uma nova gravidez não desejada^{11,13,14}.

1.3.2 INÍCIO DE CONTRACEÇÃO HORMONAL INJETÁVEL E SUBCUTÂNEA

Existe uma preocupação teórica que o progestativo do implante e do método injetável possa interferir na ação antiprogestativa do mifepristone. O pico plasmático do mifepristone atinge-se em 1-2 horas após a injeção¹⁵.

Administração de acetato de medroxiprogesterona

O acetato de medroxiprogesterona atinge concentração suficiente para um efeito contraceptivo no mesmo intervalo do pico plasmático sérico do mifepristone e pode inibir competitivamente o mifepristone quando a administração é simultânea interferindo na eficácia do método^{15,16}.

Um estudo randomizado mostrou que a inserção imediata aumentava o risco de falha do método medicamentoso, comparando com a inserção diferida, apesar de haver uma maior satisfação das utentes. Nos 2 grupos não houve alteração na taxa de gravidez não planeada aos 6 meses¹⁶.

O uso de acetato de medroxiprogesterona após o aborto medicamentoso deve ser diferido (até surgirem mais estudos), se tal não for possível deve ser assegurada a verificação da eficácia do procedimento^{1,7,16}.

Aplicação de implante

O etonogestrel do implante atinge concentração suficiente para inibir a ovulação 8 h após a inserção. O pico plasmático do mifepristone precede o do implante não se verificando alteração na eficácia do método.

Estudos randomizados comparando a inserção imediata com a inserção diferida do implante de etonogestrel na eficácia do aborto medicamentoso e no risco de uma nova gravidez não planeada têm demonstrado não haver diferenças na taxa de sucesso do procedimento, uma maior satisfação das utentes com a inserção imediata e um menor número de gravidezes subsequentes não planeadas no grupo da inserção imediata^{15,17-19}.

1.3.3 INÍCIO DE CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA (DIU-Cu, SIU-LNG)

Após aborto medicamentoso

Após um aborto medicamentoso a aplicação do DIU-Cu, SIU-LNG pode ser realizada na confirmação do procedimento. A inserção imediata do DIU e do SIU foi bem tolerada e segura. Os estudos não são concordantes em relação a taxa de expulsão do DIU e SIU após o abortamento medicamentoso. Na maioria dos estudos, a taxa de expulsão parece ser ligeiramente maior na colocação imediata do que na colocação diferida¹⁹⁻²¹.

Não foram preditores do risco de expulsão de DIU ou SIU o volume da hemorragia, idade, paridade, dificuldade na inserção, espessamento endometrial ecográfico, nível de B-HCG²². O risco de expulsão do DIU após o aborto medicamentoso parece aumentar com o espessamento endometrial, no entanto, não está estabelecido um *cut-off* na avaliação endometrial ecográfica²³. Considerando que a expulsão do DIU é um evento raro não se recomenda diferir a colocação com base em dados ecográficos^{24,25}.

No procedimento cirúrgico

A colocação imediata de um DIU ou SIU no procedimento cirúrgico é uma opção considerando que a dor de colocação é menor pois o orifício interno do colo está aberto e a motivação da mulher para o uso de contraceção tende a ser maior. Com um nível de evidência moderado a colocação imediata de um DIU ou SIU é segura e efetiva. A continuidade de uso aos 6 meses parece ser maior nas utentes com colocação imediata (apesar da taxa de expulsão parecer ser maior na inserção imediata). Esta potencial desvantagem pode ser ultrapassada pela vantagem de uma contraceção muito eficaz num tempo único. A visita médica (após a menstruação) deve ser incentivada para identificar expulsões parciais ou completas. Não existem diferenças na segurança ou taxa de expulsão na inserção do SIU-LNG quando comparada com a do DIU-cobre^{1,6,7,26}.

Nas situações de aborto séptico a inserção de um dispositivo/sistema intrauterino deve ser diferida até o tratamento estar completo e outros métodos devem ser disponibilizados^{1,6,7}.

A inserção de DIU/SIU após um aborto (medicamentoso/cirúrgico) no 2.º trimestre tem um risco maior de expulsão do que após um aborto do 1.º trimestre²⁵.

1.3.4 REALIZAÇÃO DE LAQUEAÇÃO TUBÁRIA

Considerando o caráter permanente deste método de contraceção é fundamental garantir que a mulher toma a decisão de forma voluntária e esclarecida.

A evidência científica disponível é controversa e não recente sobre os riscos e falha associada à realização de LT no mesmo tempo do aborto cirúrgico não complicado⁷. Os estudos de maiores dimensões demonstram que o procedimento simultâneo é seguro e eficaz^{1,6,7}.

1.3.5 INÍCIO DE CONTRACEÇÃO COM MÉTODOS BARREIRA E NATURAIS

A ovulação pode ocorrer 6-8 dias depois do aborto^{1,2}, pelo que se recomenda o uso de contraceção barreira imediata ao aborto. A mulher pode retomar o uso de métodos naturais depois de ter pelo menos uma menstruação (ver Secção B.5: *Métodos de barreira e naturais*).

1.4 BIBLIOGRAFIA

- World Health Organization. Clinical practice handbook for Safe Abortion. *Who* 64 (2014).
- Gemzell-Danielsson, K., Kopp Kallner, H. & Faúndes, A. Contraception following abortion and the treatment of incomplete abortion. *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 126, S52–S55 (2014).
- Cameron, S. T. *et al.* Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119, 1074–1080 (2012).
- World Health Organization. Medical management of abortion. (2018).
- Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril. *Direção-Geral da Saúde. Circular Normativa n.º 11/SR de 21.06.2007* (2007). doi:10.1017/CBO9781107415324.004
- WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Guideline Contraception After Pregnancy. 1–18 (2017).
- Boesen, H. C., Rørbye, C., Nørgaard, M. & Nilas, L. Sexual behavior during the first eight weeks after legal termination of pregnancy. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 83, 1189–1192 (2004).
- Tang, O. S., Gao, P. P., Cheng, L., Lee, S. W. & Ho, P. C. A randomized double-blind placebo-controlled study to assess the effect of oral contraceptive pills on the outcome of medical abortion with mifepristone and misoprostol. *Human reproduction (Oxford, England)* 14, 722–5 (1999).
- Tang, O. S., Xu, J., Cheng, L., Lee, S. W. H. & Ho, P. C. The effect of contraceptive pills on the measured blood loss in medical termination of pregnancy by mifepristone and misoprostol: a randomized placebo controlled trial. *Human reproduction (Oxford, England)* 17, 99–102 (2002).
- LAHTEENMAKI, P. & LUUKKAINEN, T. Return of Ovarian Function After Abortion. *Clinical Endocrinology* 8, 123–132 (1978).
- Fine, P. M., Tryggstad, J., Meyers, N. J. & Sangi-Haghpeykar, H. Safety and acceptability with the use of a contraceptive vaginal ring after surgical or medical abortion. *Contraception* 75, 367–371 (2007).
- Meng, K., Hu, X., Peng, X. & Zhang, Z. Incidence of venous thromboembolism during pregnancy and the puerperium: a systematic review and meta-analysis. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine* 28, 245–253 (2015).
- Sultan, A. A. *et al.* Risk of first venous thromboembolism in and around pregnancy: A population-based cohort study. *British Journal of Haematology* 156, 366–373 (2012).

- Spitz, I. M. & Bardin, C. W. Clinical pharmacology of RU 486 – an antiprogesterin and antigluco-corticoid. *Contraception* 48, 403–44 (1993).
- Raymond, E. G. *et al.* Effects of Depot Medroxyprogesterone Acetate Injection Timing on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy: A Randomized Controlled Trial. *Obstetrics and Gynecology* 128, 739–745 (2016).
- Mäkäräinen, L., Van Beek, A., Tuomivaara, L., Asplund, B. & Bennink, H. C. Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant. *Fertility and Sterility* 69, 714–721 (1998).
- Raymond, E. G. *et al.* Effect of Immediate Compared With Delayed Insertion of Etonogestrel Implants on Medical Abortion Efficacy and Repeat Pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* 127, 306–312 (2016).
- Hognert, H. *et al.* Immediate versus delayed insertion of an etonogestrel releasing implant at medical abortion – A randomized controlled equivalence trial. *Human Reproduction* 31, 2484–2490 (2016).
- Sääv, I., Stephansson, O. & Gemzell-Danielsson, K. Early versus Delayed Insertion of Intrauterine Contraception after Medical Abortion – A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE* 7, 1–6 (2012).
- Korjamo, R., Mentula, M. & Heikinheimo, O. Fast-track vs. delayed insertion of the levonorgestrel-releasing intrauterine system after early medical abortion – a randomized trial. *Contraception* 96, 344–351 (2017).
- Korjamo, R., Mentula, M. & Heikinheimo, O. Immediate versus delayed initiation of the levonorgestrel-releasing intrauterine system following medical termination of pregnancy – 1 year continuation rates: a randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 124, 1957–1964 (2017).
- Shimoni, N., Davis, A. & Westhoff, C. Can ultrasound predict IUD expulsion after medical abortion? *Contraception* 89, 434–439 (2014).
- Cameron, S. Postabortal and postpartum contraception. Best Practice and Research: *Clinical Obstetrics and Gynaecology* 28, 871–880 (2014).
- Gemzell-Danielsson, K. & Kallner Kopp, H. Post abortion contraception. *Women's Health* 11, 779–784 (2015).
- Da, G. *et al.* Immediate postabortal insertion of intrauterine devices (Review) Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. (2010). doi:10.1002/14651858.CD001777.pub3.Copyright

C.2 CONTRACEÇÃO NO PÓS-PARTO

Os Serviços de Obstetrícia e os Cuidados Primários de Saúde, devem promover o uso de contraceção após o parto, assegurando que a escolha do método de contraceção seja uma opção individual, livre e de acordo com os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção¹.

O aconselhamento contracectivo deve ser iniciado nas consultas pré-natais permitindo que a mulher escolha atempadamente o método mais adequado. O aconselhamento contracectivo realizado antes do parto parece melhorar o uso de um método de contraceção efetivo^{2,3}.

O aconselhamento deve ser universal, com especial atenção nas mulheres com complicações obstétricas, grupos vulneráveis (jovens) e mulheres com co-morbilidades¹.

A OMS recomenda um intervalo de 24 meses entre duas gestações, para resultados obstétricos favoráveis^{4,5}. Estudos realizados em países com acesso a cuidados pré-natais modernos não são concordantes com estas recomendações. Mesmo para gestações com intervalos < a 6 meses desde o ultimo nascimento os resultados são inconsistentes no aumento de risco de parto pré-termo, RN leve para a idade gestacional e morte fetal^{6,7}.

2.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO APÓS O PARTO

A escolha contracectiva deve considerar (Quadro 1)^{1,8}:

- A opção da mulher
- O tipo de aleitamento
- A presença de co-morbilidades

QUADRO 1

Crítérios de elegibilidade para o uso de contraceção após o parto.

	CHC (O/T/V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU-Cu
Aleitamento materno (AM)						
0 a < 6 semanas	4	1	2	1		
≥ 6 semanas a < 6 meses	3	1	1	1		
≥ 6 meses	1	1	1	1		
Aleitamento artificial (AA)						
0 a < 3 semanas						
▪ Sem fatores de risco TEV	3	1	2	1		
▪ Com fatores de risco TEV*	4	1	1	1		
≥ 3 a < 6 semanas						
▪ Sem fatores de risco TEV	2	1	1	1		
▪ Com fatores de risco TEV*	3	1	2	1		
≥ 6 semanas	1	1	1	1		
Aleitamento materno (AM) /artificial (AA)						
0 as < 48 horas					1 (AA) 2 (AM)	1(AA) 2 (AM)
> 48 horas até < 4 semanas					3	3
> 4 semanas					1	1
Sépsis puerperal					4	4

AA: aleitamento artificial; AM: aleitamento materno

*Fatores de risco de TEV: imobilização; transfusão no parto; IMC ≥30 kg/m²; Hemorragia pós-parto; parto por cesariana, pré-eclampsia, tabagismo

2.2 AMENORREIA LACTACIONAL (MAL)

A utilização deste método requer a coexistência de três condições (The Bellagio Consensus)¹:

- Parto há menos de 6 meses;
 - A mulher deve permanecer em amenorreia;
 - A amamentação deverá ser exclusiva, ou quase, com mamadas diurnas e noturnas, com intervalos inferiores a 6 horas.
- A mulher deve estar informada acerca de outro método para início imediato caso uma das três condições não esteja presente.
 - Taxa prevista de falhas de 1 a 2% durante o primeiro ano de utilização.

(ver Secção B.5.2.2: *Método da amenorreia Lactacional*)

2.3 RECOMENDAÇÕES PARA INÍCIO DO MÉTODO DE CONTRACEÇÃO

Nas mulheres que não amamentam, a ovulação ocorre em média ao 39.º dia pelo que se recomenda uma contraceção eficaz imediata após o parto.

Nas mulheres que amamentam a ovulação ocorre mais tarde e é dependente das características do aleitamento, pelo que o início da contraceção pode ser diferido.

A OMS e o CDC consideram que o uso de CP é seguro em qualquer fase do pós-parto. Enquanto, a segurança no uso de CHC depende do intervalo de tempo desde o parto, da amamentação e da presença de fatores de risco tromboembólicos (Quadro 2)^{1,8,9}.

QUADRO 2
Recomendações para início de contraceção.

	ALEITAMENTO MATERNO (AM)	ALEITAMENTO ARTIFICIAL (AA)
Progestativo isolado (oral/implante/injetável)	0 as 3 semanas após parto	
CHC (O/T/V)	6 meses após parto	3 a 6 semanas após o parto (ver Quadro 1)
Métodos barreira	6 meses após o parto (ver critérios de Bellagio)	Imediatamente
Calendário	Não aplicável	Após 3 ciclos regulares
DIU Cu/SIU LNG	Imediatamente ou após 4 a 6 semanas	Imediatamente ou após 4 a 6 semanas
Laqueação tubária	< 7 dias ou após 42 dias	

2.4 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

O risco de tromboembolismo venoso é maior no período do pós-parto imediato podendo atingir uma incidência de 0,5 a 3 por 1000 gravidezes o que corresponde a um risco acrescido de 4 a 10 vezes. Este risco está significativamente aumentado até as 6 semanas com um máximo pela 3.ª semana¹⁰.

Embora não esteja estabelecido o impacto da contraceção com estroprogestativo no aleitamento não se recomenda, nestes casos, a sua utilização nos primeiros 6 meses após o pós-parto.

A contraceção com progestativo, independentemente da via de administração, não parece ter impacto nos parâmetros do aleitamento^{1,11}.

Os sistemas e dispositivos intrauterinos podem ser aplicados nas primeiras 48 horas independentemente do tipo de parto¹⁸. No entanto, a taxa de expulsão é superior à aplicação *standart*¹²⁻¹⁵. A perfuração uterina é uma complicação rara, a amamentação e o tempo desde o último parto inferior ou igual 36 semanas são fatores que de forma independente estão associados a um risco acrescido de perfuração uterina (RR 5,7 vs 0,7). A presença das duas condições, aumenta aditivamente o risco¹⁶. Salienta-se que a perfuração uterina é um evento raro e as vantagens da utilização de contraceção uterina são superiores aos riscos.

Não existe evidência científica na associação entre o uso de contraceção hormonal e a incidência de depressão pós-parto¹⁷.

2.5 BIBLIOGRAFIA

1. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH Guideline Contraception After Pregnancy. (2017).

2. M, L. L., W, G. T., Mario, C. & E, H. J. Strategies for improving postpartum contraceptive use: evidence from non-randomized studies. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2014). doi:10.1002/14651858.CD011298.pub2.www.cochranelibrary.com

3. Smith, E. Centering contraception: postpartum contraceptive choices of women enrolled in Centering group prenatal care versus traditional prenatal care. *BMJ sexual & reproductive health* 44, 103–108 (2018).

4. Shachar, B. Z. *et al.* Interpregnancy interval after live birth or pregnancy termination and estimated risk of preterm birth: a retrospective cohort study. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 123, 2009–2017 (2016).

5. World Health Organization. Report of a technical consultation on birth spacing. (2007).

6. Bigelow, C. A. & Bryant, A. S. Short Interpregnancy Intervals: An Evidence-Based Guide for Clinicians. *Obstetrical & gynecological survey* 70, 458–64 (2015).

7. Regan, A. K. *et al.* Association between interpregnancy interval and adverse birth outcomes in women with a previous stillbirth: an international cohort study. *Lancet (London, England)* 393, 1527–1535 (2019).

8. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).

9. Raccach-Tebeka, B. & Plu-Bureau, G. [Post-partum contraception: Guidelines for clinical practice]. *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction* 44, 1127–34 (2015).

10. Kourlaba, G., Relakis, J., Kontodimas, S., Holm, M. V & Maniatakis, N. A systematic review and meta-analysis of the epidemiology and burden of venous thromboembolism among pregnant women. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* 132, 4–10 (2016).

11. Lopez, L. M. *et al.* Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation. *The Cochrane database of systematic reviews* 20, CD003988 (2015).

12. Baldwin, M. K. *et al.* Intrauterine device placement at 3 versus 6 weeks postpartum: a randomized trial. *Contraception* 93, 356–363 (2016).

13. Lopez, L. M., Bernholc, A., Hubacher, D., Stuart, G. & Van Vliet, H. A. A. M. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *The Cochrane database of systematic reviews* CD003036 (2015). doi:10.1002/14651858.CD003036.pub3

14. Prager, S. W. & McCoy, E. E. Immediate Postpartum Intrauterine Contraception Insertion. *Obstetrics and gynecology clinics of North America* 42, 569–82 (2015).

15. Whaley, N. & Burke, A. Contraception in the postpartum period: immediate options for long-acting success. *Women's health (London, England)* 11, 97–9 (2015).

16. Heinemann, K., Reed, S., Moehner, S. & Minh, T. Do. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. *Contraception* 91, 274–9 (2015).

17. Angeline Ti & Kathryn M. Curtis (2019) Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systematic review, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 24:2, 109–116

C.3 CONTRACEÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Os adolescentes são um grupo vulnerável na área da saúde sexual e reprodutiva especialmente pelos riscos de gravidez não desejada, aborto e de infeções sexualmente transmissíveis¹.

A gravidez na adolescência continua a ser tema de preocupação a nível mundial, uma vez que está associada ao abandono escolar, à rotura de projetos de vida, ao trabalho indiferenciado e precário, o que a torna um problema de saúde pública.

Em Portugal os métodos contraceptivos mais utilizados pelas adolescentes são o preservativo masculino e a pílula². São métodos dependentes da utilizadora e nas adolescentes tem uma taxa de continuação de uso ao fim do primeiro ano de uso de 30 a 35% (ao contrário dos grupos etários > 20 anos em que 65% continuam a utilizar a CHC no final do 1.º ano)^{2,3}. Cerca de 17% das adolescentes utilizadoras da CHC oral esquecem-se de a tomar mais de uma vez / mês e 28% esquecem-se todos os ciclos².

É portanto fundamental aumentar a adesão e continuidade dos métodos contraceptivos: o estudo CHOICE veio demonstrar que o uso dos métodos de longa duração não só diminui o número de gravidezes não desejadas nas adolescentes como apresentam a taxas de continuação ao fim de 12 meses de uso de 81% e de satisfação de 75% (superiores aos da CHC e semelhantes às verificadas nas mulheres adultas)⁴.

3.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Em adolescentes saudáveis todos os métodos contraceptivos são elegíveis^{1,3,5}. Deve ser facilitado o acesso à contraceção, incentivar o uso dos LARC e desmistificar alguns conceitos relativamente à contraceção (Quadro 1).

Nas adolescentes com comorbilidades devem ser respeitados os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção aplicados à condição médica (ver Secção D: *Contraceção Hormonal e Intrauterina em Condições Médicas Especiais*).

QUADRO 1

Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção na adolescência.

CONDIÇÃO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU- LNG (13,5MG)	SIU-LNG (19,5MG 52MG)	DIU-Cu
Adolescência	1*	1*	2*	1*	1*	2*	2*

*Não protegem das IST

3.2 RECOMENDAÇÕES PARA INÍCIO DO MÉTODO DE CONTRACEÇÃO

Recomenda-se o início do contraceptivo (qualquer tipo) em qualquer fase do ciclo, preferencialmente no aconselhamento (*Quick Start*), depois de se excluir a gravidez (ver Secção B: *Métodos de Contraceção*).

3.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Contraceção hormonal combinada (CHC)

Todos os métodos de contraceção hormonal combinada tem um impacto positivo na qualidade de vida dos adolescentes pelos seus benefícios não contraceptivos: regularizam os ciclos menstruais, diminuem a quantidade fluxo menstrual e a duração da hemorragia menstrual, melhoram a dismenorrea primária, a acne e o hirsutismo³.

Nas adolescentes mais jovens ou com IMC < 18 kg/m² devemos dar preferência às formulações com 30mcg de etinilestradiol por terem menor impacto na densidade mineral óssea.

Os regimes contínuos parecem melhorar a adesão e não têm impacto adverso na saúde.

Não existem evidências científicas que a CHC tenha um impacto no peso e na fertilidade futura (ver Secções B.1: *Contraceção hormonal Combinada* e E: *Contraceção e Fertilidade*).

Progestativo oral

É elegível em adolescentes a amamentar e nas situações em que o uso de estrogénios não seja elegível ou não seja aceite³.

É um método eficaz, mas dependente da utilizadora e com padrão de hemorragia imprevisível (ver Secção B.2: *Contraceção progestativa*).

Progestativo injetável

Na adolescência, o seu uso prolongado está associado à diminuição da densidade mineral óssea (DMO), que é reversível após a suspensão do método^{6,8-10}. Particularmente útil nas situações de epilepsia e drepanocitose (ver Secção B.4: *Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração*).

Implante

Método contraceptivo de longa duração, muito eficaz^{1,4,7,11}.

Tem um padrão de hemorragia imprevisível.

Em adolescentes com sinais de androgenização (acne e ou hirsutismo) não deve ser considerado método de 1.ª linha.

Sem interferência na DMO (ver Secção B.4: *Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração*).

DIU de cobre e SIU com Levonorgestrel (13,5mg, 19,5mg e 52 mg)

Métodos contraceptivos de longa duração de elevada eficácia e independentes da utilizadora^{1,3,6-8,10,12,13}. O risco de Doença Inflamatória Pélvica (DIP) é reduzido e parece estar aumentado só nos primeiros 20 dias a seguir à colocação (tal como acontece nas mulheres dos grupos etários mais elevados)⁸.

Os SIU com levonorgestrel reduzem o risco de DIP pelo espessamento do muco e atrofia do endométrio⁸.

No momento da colocação quer do SIU quer do DIU deve ser realizado o rastreio da Clamídia e do Gonococcus (dada a prevalência de Clamídia neste grupo etário)⁸. Caso o resultado seja positivo não é necessário remover o SIU /DIU, basta realizar a terapêutica⁸.

A dificuldade de inserção e a taxa de expulsão em nulíparas é ligeiramente superior à da população em geral à exceção do novo SIU com 13,5 mg de levonorgestrel que parece ter taxas de expulsão nas nulíparas idêntica à das múltiparas^{4,14}.

Os SIU- LNG melhoram a dismenorrea e estão associados a um padrão hemorrágico imprevisível.

O DIU de cobre pode aumentar a dismenorrea e o fluxo menstrual^{1,4,13}.

Não têm interferência na DMO (ver Secção B.4: *Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração*).

Preservativo

Único método de contraceção que protege simultaneamente das IST. Deve ser reforçado o ensino do seu uso correto. Preferencialmente deve ser utilizado em associação com outro método: “**Dupla proteção**” promovendo-se a proteção eficaz da gravidez e das infeções de transmissão sexual^{1,3} (ver Secção B.5.1: *Métodos de barreira*).

Contraceção de Emergência

Segura em adolescentes^{1,13}.

Deve ser incluída no aconselhamento contraceptivo nas adolescentes a utilizar métodos de contraceção dependentes da sua colaboração: CH oral, vaginal, transdérmico, preservativo, e métodos naturais.

É a última oportunidade de prevenção de uma gravidez numa adolescente que teve relações sexuais desprotegidas, falha contraceptiva ou foi vítima de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual não estando a utilizar contraceção.

Os métodos de CE aconselhados são por ordem de eficácia: O DIU-Cu, contraceção oral com acetato de ulipristal e com levonorgestrel⁹ (ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*).

Métodos Naturais

Não são recomendados a adolescentes, pela sua baixa eficácia, necessidade de colaboração e pela frequente irregularidade dos ciclos tornando difícil a sua aplicabilidade (ver Secção B.5.2: *Métodos naturais*).

Contraceção definitiva

Situação muito rara desde que surgiram os métodos de longa duração: pode justificar-se em casos em que os LARCs não sejam elegíveis e em que a gravidez represente um risco de vida da adolescente.

3.4 BIBLIOGRAFIA

1. Sociedade Portuguesa da Contraceção, Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente & Sociedade Portuguesa de Pediatria. *Contraceção na adolescência: Recomendações para o Aconselhamento na adolescência*. (2016).
2. Águas, F., Bombas, T. & Pereira da Silva, D. Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa* 10, 184–192 (2016).
3. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare - RCOG. *Clinical Guidance Contraceptive Choices for Young People*. (2010).
4. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice. Long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstetrics & Gynecology* 118, 184–96 (2011).
5. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
6. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
7. Deans, E. I. & Grimes, D. A. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception* 79, 418–23 (2009).
8. Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics* 134, e1244–56 (2014).
9. Rosenstock, J. R., Peipert, J. F., Madden, T., Zhao, Q. & Secura, G. M. Continuation of Reversible Contraception in Teenagers and Young Women. *Obstetrics & Gynecology* 120, 1298–1305 (2012).
10. Committee on Adolescent Health Care Committee & Committee on Gynecologic Practice. Committee Opinion No. 602: Depot medroxy-progesterone acetate and bone effects. *Obstetrics and gynecology* 123, 1398–402 (2014).
11. Curtis, K. M. et al. U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
12. Godfrey, E. M. et al. Intrauterine contraception for adolescents aged 14–18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A. *Contraception* 81, 123–7 (2010).
13. Black, A. & Co-chair, O. O. N. Canadian Contraception Consensus. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* 26, 347–387 (2004).
14. Gemzell-Danielsson, K. et al. A Phase III, single-arm study of LNG-IUS 8, a low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system (total content 13.5 mg) in postmenarcheal adolescents. *Contraception* 93, 507–512 (2016).

C.4 CONTRACEÇÃO NA PERIMENOPAUSA

A perimenopausa corresponde a uma fase de transição na vida reprodutiva da mulher de duração e sintomatologia variável refletindo as oscilações hormonais ováricas.

Pode ter início por volta dos 40 anos e prolongar-se até 1 ano após a última menstruação. De acordo com os *Estádios de Straw* inclui a fase inicial do estágio - 2 até ao estágio +1 a¹.

4.1 CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO NA PERIMENOPAUSA

Em mulheres saudáveis, todos os métodos são elegíveis (Quadro 1)^{2,3}.

Nas mulheres com comorbilidades devem ser respeitados os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção aplicados à condição médica (ver Secção D: *Contraceção Hormonal e Intrauterina em Condições Médicas Especiais*).

Os aspetos particulares da mulher nesta faixa etária que vão condicionar a escolha do método contraceptivo são:

- Hemorragias uterinas anómalas mais frequentes, que podem ser de causa orgânica (miomas, adenomiose e patologia endometrial) ou de causa funcional;
- Ciclos irregulares na perimenopausa inicial (estádios -2 de *Straw*) e posteriormente oligomenorreia e amenorreia secundária (estádio -1 de *Straw*);
- Sintomatologia própria do hipoestrogenismo: sintomatologia vasomotora, síndrome geniturinária (secura vaginal, dispareunia e urgência miccional) e aumento do risco de osteoporose;
- Risco acrescido de patologia oncológica (cancro do endométrio, do ovário e cancro da mama);
- Risco cardiovascular e tromboembólico aumentado.

QUADRO 1

Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção na perimenopausa.

CONDIÇÃO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU-Cu
Perimenopausa	2	1	2	1	1	1

4.2 RECOMENDAÇÕES PARA O INÍCIO DO MÉTODO DE CONTRACEÇÃO

Recomenda-se o início do contraceptivo (qualquer tipo) em qualquer fase do ciclo, preferencialmente no aconselhamento (*Quick Start*), depois de se excluir a gravidez (ver Secção B: *Métodos de Contraceção*).

4.3 INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Métodos barreira e naturais

Os métodos naturais não são recomendados nesta fase dada a baixa eficácia.

O método de barreira pode ser uma opção (ver Secção B.5: *Métodos de Barreira e Naturais*).

Contraceção hormonal**a) Oral e vaginal**

Os benefícios da contraceção hormonal combinada na perimenopausa incluem a melhoria do padrão hemorrágico, nomeadamente regularização dos ciclos e controlo da hemorragia menstrual abundante⁴. Os métodos com estrogénios aliviam os sintomas vasomotores e a secura vaginal. Também se destacam outras vantagens como redução do risco de cancro do ovário e endométrio, aumento da densidade óssea e diminuição de quistos funcionais do ovário⁵⁻⁷.

Os regimes contínuos e extensíveis/prolongados podem ser úteis na diminuição de sintomas no período de ausência de hormonas, nomeadamente sintomas vasomotores e cefaleias catameniais^{7,8}.

Os contraceptivos com estradiol parecem ser vantajosos em mulheres com mais de 40 anos, por apresentarem um padrão metabólico mais favorável e poderem promover a transição da contraceção para a terapêutica hormonal⁹.

A CHC com etinilestradiol ≤ 30 μg deve ser considerados de primeira linha dado que está potencialmente associados a menor risco tromboembólico, de doença cardiovascular e de AVC⁴.

Verificou-se que a CHC pode ajudar a manter a DMO comparando com não utilizadoras⁴.

As mulheres sob contraceptivo combinado em regime padrão têm tipicamente hemorragia de privação, mas isto não excluiu falência ovárica. A amenorreia pode ocorrer nestes regimes e nos regimes contínuos e não indica menopausa⁶.

A contraceção hormonal com progestativo isolado é altamente recomendada nesta idade, com a vantagem de poder ser utilizada em condições médicas que contraindiquem os estrogénios. A utilização de CHC após os 50 anos, deve ser avaliada individualmente considerando-se sobretudo os benefícios não contraceptivos⁴.

b) Transdérmica

O sistema transdérmico com etinilestradiol e norelgestromina apresenta níveis plasmáticos mais elevados, pelo que a utilização prolongada deste adesivo poderá não ser uma primeira opção na perimenopausa¹⁰.

Métodos de contraceção de longa duração

A utilização prolongada de DMPA injetável pode condicionar a diminuição da densidade mineral óssea, embora não se tenha verificado aumento do risco de fratura⁶.

O DIU de Cobre, se inserido após os 40 anos, pode ser mantido até à menopausa⁷. Não é uma boa opção nas mulheres com hemorragias uterinas anómalas.

O SIU-LNG 52 mg pode ser utilizado para tratamento de hemorragias uterinas anómalas da perimenopausa^{6,11,12}. Confere proteção endometrial nas mulheres sob estrogénoterapia, devendo nestes casos ser substituído após 5 anos. Em relação aos sistemas intrauterinos com 13,5 mg e 19,5 mg de levonorgestrel não está descrita proteção endometrial⁶.

O implante não está indicado no caso das hemorragias uterinas anómalas, mas pode ser uma opção contraceptiva nesta faixa etária¹³.

Os métodos de longa duração reversíveis devem ser considerados uma alternativa à esterilização⁷.

(ver Secção B: Métodos de Contraceção)

4.4 DESCONTINUAÇÃO DA CONTRACEÇÃO

A contraceção hormonal combinada pode ser usada até aos 50 anos em mulheres saudáveis e não fumadoras e em alguns casos até à menopausa sempre com doses baixas (Nível de evidência B)^{3,5,6}.

A contraceção com progestativo isolado, DIU-Cu, SIU-LNG, método barreira pode ser mantida até ao diagnóstico de menopausa, ou até aos 55 anos, altura em que toda a contraceção pode ser descontinuada⁵⁻⁷.

4.5 DIAGNÓSTICO DE MENOPAUSA E USO DE CONTRACEÇÃO**O diagnóstico de menopausa deve ser considerado nas mulheres:**

- Com mais de 45 anos saudáveis e sem contraceção hormonal, sempre que apresentem um período de amenorreia superior ou igual a 12 meses associado a sintomatologia vasomotora, dispensando o doseamento sérico da FSH. Quando necessário deve efetuar-se o doseamento sérico da FSH, provas tiroideias e PRL^{14,15}.

- Não se recomenda a utilização do doseamento sérico de FSH sob contraceção hormonal combinada ou progestativa¹⁴.

- Com mais de 45 anos sob o efeito de contraceção hormonal combinada, a ausência de hemorragia de privação ou em amenorreia previsível sob o efeito do progestativo isolado e sintomatologia vasomotora associada, deve ser efetuado o doseamento sérico da FSH para diagnóstico. Nestes casos deve haver a suspensão da contraceção duas a quatro semanas antes da realização do doseamento sérico da FSH. Se FSH >50-70, o diagnóstico de menopausa pode ser estabelecido. Se FSH < 25 deve manter contraceção. Se FSH >25 e < 50, deve manter a contraceção e fazer nova avaliação dentro de 6 meses¹².

- Com menos de 45 anos sem contraceção hormonal, com amenorreia secundária e sintomas vasomotores devem ser submetidas a estudo hormonal ovárico e avaliação, para exclusão de outras causas de alterações do ciclo menstrual¹⁸.

4.6 BIBLIOGRAFIA

1. Soules, M. R. *et al.* Executive summary: Stages of Reproductive Aging Workshop (STRAW). *Fertility and sterility* **76**, 874–8 (2001).

2. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).

3. Kaunitz, A. M. Clinical practice. Hormonal contraception in women of older reproductive age. *The New England journal of medicine* **358**, 1262–70 (2008).

4. FSRH. FSRH Guideline: Contraception for women aged over 40 years. (2019).

5. Williams, J. K. The contraceptive needs of the perimenopausal woman. *TT - Obstet Gynecol Clin N Am* **29**, 575–588 (2002).

6. Baldwin, M. K. & Jensen, J. T. Contraception during the perimenopause. *Maturitas* **76**, 235–242 (2013).

7. Gebbie, A. E. & Hardman, S. M. R. Contraception in the perimenopause – old and new. *16*, 33–37 (2010).

8. Long, M. E., David, P. S. & Casey, P. M. Contraception in Perimenopause: When to Discontinue. *Journal of Women's Health* **24**, 409–410 (2015).

9. Ågren, U. M. *et al.* Effects of a monophasic combined oral contraceptive containing norgestrol acetate and 17 β -oestradiol compared with one containing levonorgestrel and ethinylestradiol on haemostasis, lipids and carbohydrate metabolism. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* **16**, 444–57 (2011).

10. Pacheco, A. *et al.* Consenso sobre contraceção. *Sociedade Portuguesa de Ginecologia* **114** (2011).

11. Hardman, S. M. R. & Gebbie, A. E. The contraception needs of the perimenopausal woman. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology* **28**, 903–915 (2014).

12. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. *Consenso nacional sobre hemorragias uterinas anormais*. (2018).

13. Matthews, M. L. Abnormal Uterine Bleeding in Reproductive-aged Women. *Obstetrics and Gynecology Clinics of NA* **42**, 103–115 (2015).

14. Mendoza, N. *et al.* Position of the Spanish Menopause Society regarding the management of perimenopause. *Maturitas* **74**, 283–290 (2013).

15. NICE. Menopause: diagnosis and management. *NICE guidelines* (2015).

Secção D

Contraceção Hormonal e Intrauterina com Condições Médicas Especiais

Contraceção Hormonal e Intrauterina com Condições Médicas Especiais

D.1 DOENÇAS AUTOIMUNES E VASCULARES

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
CONDIÇÃO MÉDICA						
1. Lupus eritematoso sistêmico (LES)						
a) Ac-antifosfolipídico positivo ou desconhecido	4	2	2	2	2	1
b) Trombocitopenia severa	2	2	3i/2c	3i/2c	3i/2c	3i/2c
c) Terapêutica imunossupressora	2	2	2	2	2	2i/1c
d) Nenhuma das condições anteriores presentes	2	2	2	2	2	1
2. Síndrome de Raynaud						
a) Primário	1	1	1	1	1	1
b) Secundário						
b.1) Sem Ac- Lúpico	2	1	1	1	1	1
b.2) Com Ac -Lúpico	4	2	2	2	2	1
3. Artrite Reumatoide						
a) Com terapêutica imunossupressora	2	1	2/3	1	1	1
b) Sem terapêutica imunossupressora	2	1	2	1	1	1
4. Mutações trombogénicas conhecidas						
(Fator V de Leidin; Déficit de Proteína C, S e antitrombina; Mutação protrombina)	4	2	2	2	2	1
5. O TEV: trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP)						
5.1 Antecedentes de TEV/EP sem terapêutica anticoagulante						
i. Alto risco para TVP/EP recorrente (um ou mais fatores de risco):	4	2	3	2	2	1
- História de TVP/EP sob CHC						
- Antec. de TVP/EP na gravidez						
- TVP/EP idiopático						
- Trombofilia incluindo síndrome antifosfolipídico						
- Doença oncológica (metastático, sob QT ou < 6 meses em remissão) excluindo os cancros de pele não melanomas						
- TVP/EP recorrente						
ii. Baixo risco para TVP/EP recorrente (sem fatores de risco)	3	2	2	2	2	1
5.2 TVP/EP agudo	4	2	3	2	2	2

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
CONDIÇÃO MÉDICA						
5.3 Antecedentes de TVP/EP com terapêutica anticoagulante há pelo menos 3 meses						
i. Alto risco para TVP/EP recorrente (um ou mais factores de risco): - Trombofilia incluindo síndrome antifosfolipídico - Doença oncológica (metastática ou em remissão < 6 meses) excluindo os cancros de pele não melanomas - TEV/EP recorrente	4	2	3	2	2	2
ii. Baixo risco para TVP/EP recorrente (sem factores de risco)	3	1	2	1	1	1
5.4 História familiar de TVP/EP (Familiar em 1.º grau)						
< 45 anos	3	1	1	1	1	1
≥ 45 anos	2	1	1	1	1	1
6. Alterações venosas superficiais						
a) Veias varicosas	1	1	1	1	1	1
b) Trombose venosa superficial (antecedentes ou aguda)	3	1	1	1	1	1

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Existe uma preocupação no uso de contraceção segura e efetiva nas mulheres com doenças autoimunes. A escolha deve considerar um balanço ponderado de uma gravidez não planeada (incluído o facto de realizarem terapêuticas teratogénicas), impacto do contraceptivo no agravamento da doença, risco de tromboembolismo, risco de potencial interação com a medicação em curso e alteração da eficácia do contraceptivo (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*).

Os CP são elegíveis para as mulheres com doenças autoimunes e podem ter o benefício adicional no controle das hemorragias uterina abundantes associadas ao uso de anticoagulação.

Nas situações de imobilização prolongada (cirurgia, agravamento da doença) o CHC deve ser suspenso e substituído por progestativo isolado¹⁻⁵.

O uso prolongado de acetato de medroxiprogesterona deve ser ponderado sobretudo nas mulheres sob corticoterapia prolongada pelo risco de alteração da densidade mineral óssea¹⁻⁶.

Lúpus eritematoso sistémico (LES)

As mulheres com LES têm um risco aumentado de doença cardíaca isquémica, AVC e tromboembolismo.

Sendo o tromboembolismo a maior causa de morte entre as pacientes com LES, o risco de tromboembolismo está aumentado na presença de anticorpos antifosfolipídicos.

Os CHC com drospirenona devem ser utilizados com precaução nas mulheres com nefrite ou sob medicação com inibidores da enzima conversor da angiotensina (ECA) por risco de aumento dos níveis de potássio. Nas mulheres com LES elegíveis para o uso de CHC e de CP, o uso do contraceptivo não se associou a um agravamento da doença lúpica.

As recomendações de contraceção no LES devem ser subdivididas em 4 subcategorias baseadas nos diferentes riscos para complicações na doença.

As subcategorias são:

a) *Ac-antifosfolipídicos positivos* (anticoagulante lúpico, anticorpo anticardiolipina e anticorpo anti-B2-glicoproteína)

A presença destes anticorpos aumenta significativamente o risco para trombose venosa e arterial. Os CHC (orais, transdérmico e anel vaginal) são Categoria 4.

Na população em geral o risco de TEV nas mulheres utilizadoras de CP não está aumentado. O CDC e a MEC não recomendam nenhuma forma de CP para as mulheres com anticorpo antifosfolipídico positivo ou desconhecido (Categoria 3). Em contraste, *American College of Obstetrics and Gynecology (ACOG): Guidelines for contraceptive use* recomenda o uso de CP como uma alternativa segura para as mulheres com LES e anticorpo antifosfolipídico positivo, nefrite e doença vascular (Categoria 2). Os autores destas recomendações considerando o facto da última publicação em referência ser a mais recente e incluir os últimos estudos publicados assumem que o uso de contraceção hormonal com progestativo isolado é Categoria 2^{1-5,7-11}.

As menorragias são uma complicação frequente nas mulheres com anticorpo antifosfolipídico positivo sob anticoagulação, os estudos demonstram que o SIU-LNG é uma opção segura¹¹.

Sem restrição ao uso de DIU-Cu.

b) *Trombocitopenia severa*

A presença de trombocitopenia aumenta o risco hemorrágico. Este fator de risco deve ser considerado de acordo com a gravidade da trombocitopenia e as suas manifestações clínicas. A manifestação mais comum é a presença de menorragias. Todos os métodos hormonais com progestativo podem ser usados no controlo das menorragias, incluindo o SIU-LNG; o benefício de uso destes métodos ultrapassa o risco. O uso de acetato de medroxiprogesterona deve ser equacionado com prudência, uma vez que pode associar-se a perdas irregulares e é irreversível por um período até 16 semanas após a injeção. A colocação de DIU-Cu, SIU-LNG e Implante deve ser protelada para uma fase de estabilidade analítica (passando a Categoria 2) pelo risco de complicações hemorrágicas na colocação^{1-5,7-11}.

c) *Mulheres sob terapêutica imunossupressora*

O benefício do uso de contraceção (todos os métodos) em geral é superior ao risco se não existirem outras condições ou complicações presentes. O uso de SIU-LNG e DIU-Cu é seguro não se verificando aumento de falha do método e risco acrescido de DIP, ou outras complicações (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)^{1-5,7-11}.

d) *As mulheres com LES sem complicações, com doença estável e com Ac-antifosfolípico negativo*

Todos os métodos são elegíveis. O benefício do uso de contraceção em geral é superior ao risco^{1-5,7-11}.

Síndrome de Raynaud

Na síndrome de Raynaud primária todos os métodos são elegíveis¹⁻⁵. A síndrome de Raynaud secundária, associada a outras situações clínicas, como esclerodermia, artrite reumatóide, lúpus eritematoso sistémico com anticorpo lúpico presente, tem um risco trombótico aumentado, devendo ser considerados os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção nas respectivas condições médicas associadas.

Artrite reumatoide

As mulheres com Artrite reumatoide (AR), Artrite psoriática (APs) e Psoríase (Ps) tem um risco aumentado de doença cardiovascular (DCV) e têm uma prevalência aumentada de fatores de risco de DCV: HTA, diabetes mellitus, dislipidemia e obesidade¹²⁻¹⁴.

Nas mulheres com AR com condições médicas associadas devem ser considerados os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção nas respectivas condições médicas associadas¹⁻⁵.

Não existe evidência no agravamento da doença com o uso de CHC. Os estudos não são concordantes sobre o efeito benéfico dos CHC na AR. Considerar o risco trombótico com o uso de CHC em períodos de imobilização prolongada^{1-5,12-14}.

A inserção do anel pode ser difícil nas utentes com alterações articulares da mãos e anca.

O uso de acetato de medroxiprogesterona nas mulheres sob corticoterapia de longa duração ou com fatores de risco para fraturas não traumáticas deve ser considerado Categoria 3 (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)^{1-5,12-14}.

Mutações trombogênicas conhecidas

A prevalência de trombofilia hereditária varia em função do genótipo e raça. São doenças raras. A trombofilia mais frequente é o Factor V de Leiden. Estão relacionadas com o aumento de TEV: o risco de trombose é 2 a 20 vezes maior nas mulheres utilizadoras de CHC com trombofilia do que nas mulheres não utilizadoras.

O rastreio sistemático destas patologias não está recomendado não sendo custo efetivo (ver Secção B.1: *Contraceção hormonal combinada*)^{1-5,15-19}.

As mulheres com trombofilias não são elegíveis para o uso de CHC (Categoria 4), mas o uso de CP é seguro (Categoria 2)¹⁻⁵.

Tromboembolismo venoso

O TEV inclui um conjunto de situações como a trombose venosa profunda (TVP) e a embolia pulmonar (EP).

Nas mulheres com antecedentes de TVP/EP sem factores de risco para TVP/EP recorrente que não estão sob anticoagulação, há pelo menos 3 meses o uso de CHC é Categoria 3. Dados recentes sugerem que nas mulheres sob terapêutica anticoagulante e utilizadoras de CHC, o risco de um novo evento tromboembólico é igual ao das mulheres que não usam CH e igual ao das mulheres que usam CP. No entanto, consideram os autores destas recomendações manter o uso de CHC Categoria 3 nas mulheres com antecedentes de TEV sob anticoagulação e sem fatores de risco de TEV recorrente^{1-5,20-23}.

O uso de progestativo injetável nas mulheres sob evento TEV agudo é Categoria 3 no MEC e Categoria 2 no CDC respetivamente. Considerando a limitada evidência sobre o aumento do risco tromboembólico deste contraceptivo consideram os autores destas recomendações o uso do progestativo injetável Categoria 3 nas mulheres com antecedentes de TEV com fatores de risco major sem anticoagulação, nas mulheres com TEV agudo e Categoria 2 nas mulheres com antecedentes de TEV sob anticoagulação e sem factores de risco major de TEV recorrente¹⁻⁵.

É limitada a evidência sobre o risco de complicação local na colocação de um implante e no local da injeção do progestativo nas mulheres sob anticoagulação.

Para as mulheres sob anticoagulação o uso do DIU-Cu e implante pode ser menos favorável pela modificação do perfil hemorrágico (ver Secção B.4: *Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração*)¹⁻⁵.

Nas mulheres com SIU-LNG que desenvolvem TEV pode ser considerada a remoção do SIU. O risco de gravidez e o risco da permanência do SIU devem ser discutidos com a utente¹⁻⁵.

As mulheres com terapêutica anticoagulante têm risco de complicações ginecológicas da terapia tais como quistos hemorrágicos anaxiais e HUA abundante. A contraceção hormonal pode ser benéfica na prevenção e/ou tratamento destas complicações⁵.

A anticoagulação não modifica o padrão hemorrágico das mulheres utilizadoras de SIU-LNG. O SIU-LNG deve ser uma opção terapêutica a considerar nas mulheres com HUA com a anticoagulação²².

História familiar positiva significa existir um familiar direto com antecedentes de TVP, EP, EAM e alerta o clínico de que a utente pode ter um risco individual de TEV. Nas mulheres muito jovens deve considerar-se o facto de poderem não ter familiares em 1.º grau com mais de 45 anos⁵.

Alterações venosas superficiais

A presença de veias varicosas não é fator de risco para TVP/EP. Todos os contraceptivos são elegíveis¹⁻⁵.

Um estudo demonstra a associação entre a trombose venosa superficial e o risco aumentado de TEV nas utilizadoras de CHC quando comparadas com as não utilizadoras²³.

Na presença de fatores de risco concomitantes para TEV (trombofilia, doença oncológica) ou história de TEV agudo ou antecedentes de TEV ver recomendações para o uso de contraceção e TVP/EP. A trombose venosa superficial associada a um cateter periférico está fracamente associada a TEV e o uso de CHC deve ser ponderado.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
2. Curtis, K. M. *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* **65**, (2016).
3. Culwell, K. R. IPPF Medical Bulletin New recommendations for. *Obesity* **44**, 1–5 (2010).
4. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 206 Summary: Use of Hormonal Contraception in Women With Coexisting Medical Conditions. *Obstetrics & Gynecology* **133**, 396–399 (2019).
5. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
6. Sammaritano, L. R. Contraception in Patients with Rheumatic Disease. *Rheumatic Disease Clinics of North America* **43**, 173–188 (2017).
7. Sammaritano, L. R. Contraception in patients with systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Lupus* **23**, 1242–1245 (2014).
8. Gensous, N., Doassans-Comby, L., Lazaro, E. & Duffau, P. Lupus érythémateux systémique et contraception : revue systématique de la littérature. *Revue de Medecine Interne* **38**, 358–367 (2017).
9. Sánchez-Guerrero, J. *et al.* A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *The New England journal of medicine* **353**, 2539–49 (2005).
10. Pisoni, C. N., Cuadrado, M. J., Khamashta, M. A. & Hunt, B. J. Treatment of menorrhagia associated with oral anticoagulation: Efficacy and safety of the levonorgestrel releasing intrauterine device (Mirena coil). *Lupus* **15**, 877–880 (2006).
11. Andreoli, L. *et al.* EULAR recommendations for women's health and the management of family planning, assisted reproduction, pregnancy and menopause in patients with systemic lupus erythematosus and/or antiphospholipid syndrome. *Annals of the Rheumatic Diseases* **76**, 476–485 (2017).
12. Farr, S. L., Folger, S. G., Paulen, M. E. & Curtis, K. M. Safety of contraceptive methods for women with rheumatoid arthritis: a systematic review. *Contraception* **82**, 64–71 (2010).
13. Wibetoe, G. *et al.* Cardiovascular disease risk profiles in inflammatory joint disease entities. *Arthritis Research & Therapy* **19**, 153 (2017).
14. Radner, H., Lesperance, T., Accortt, N. A. & Solomon, D. H. Incidence and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors Among Patients With Rheumatoid Arthritis, Psoriasis, or Psoriatic Arthritis. *Arthritis care & research* **69**, 1510–1518 (2017).
15. van Vlijmen, E. F. W., Wiewel-Verschueren, S., Monster, T. B. M. & Meijer, K. Combined oral contraceptives, thrombophilia and the risk of venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Thrombosis and Haemostasis* **14**, 1393–1403 (2016).
16. van Vlijmen, E. F. W. *et al.* Thrombotic risk during oral contraceptive use and pregnancy in women with factor V Leiden or prothrombin mutation: a rational approach to contraception. *Blood* **118**, 2055–61; quiz 2375 (2011).
17. Wu, O. *et al.* Screening for thrombophilia in high-risk situations: a meta-analysis and cost-effectiveness analysis. *British journal of haematology* **131**, 80–90 (2005).
18. Grody, W. W., Griffin, J. H., Taylor, A. K., Korf, B. R. & Heit, J. A. American College of Medical Genetics Consensus Statement on Factor V Leiden Mutation Testing. *Genetics in Medicine* **3**, 139–148 (2001).
19. Schaedel, Z. E., Dolan, G. & Powell, M. C. The use of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the management of menorrhagia in women with hemostatic disorders. *American journal of obstetrics and gynecology* **193**, 1361–3 (2005).
20. Gray, B., Floyd, S. & James, A. H. Contraceptive Management for Women Who Are at High Risk of Thrombosis. *Clinical Obstetrics and Gynecology* **61**, 243–249 (2018).
21. Tepper, N. K., Whiteman, M. K., Marchbanks, P. A., James, A. H. & Curtis, K. M. Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception* **94**, 678–700 (2016).
22. Braga, G. C. *et al.* Oral anticoagulant therapy does not modify the bleeding pattern associated with the levonorgestrel-releasing intrauterine system in women with thrombophilia and/or a history of thrombosis. *Contraception* **89**, 48–53 (2014).
23. epper, N. K., Marchbanks, P. A. & Curtis, K. M. Superficial venous disease and combined hormonal contraceptives: a systematic review. *Contraception* **94**, 275–279 (2016).

D.2 DOENÇAS CARDIOVASCULARES

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
1. Múltiplos riscos de doença cardiovascular (idade, tabagismo, diabetes e HTA)	3-4	2	3	2	2	1
2. HTA						
a) Controlada	2-3	1	2	1	1	1
b) Não controlada						
b.1) Sist > 140-159 ou Diast > 90-94 mmHg;	3	1	3	1	1	1
b.2) Sist ≥ 160 ou Diast > 95 mmHg	4	2	3	2	2	1
c) Doença Vascular*	4	2	3	2	2	1
3. Antecedentes de HTA gestacional / PE ou Eclampsia (TA normal)	2	1	1	1	1	1
4. Antecedentes ou a presença de doença cardíaca isquêmica	4	2i/3c	3	2i/3c	2i/3c	1
5. Antecedentes de AVC	4	2i/3c	3	2i/3c	2	1
6. Doença valvular cardíaca						
a) Não complicada	1	1	1	1	1	1
b) Complicada (HTA pulmonar, fibrilhação arterial ou antecedentes de endocardite bacteriana)	4	1	1	1	1	1
7. Cardiomiopatia periparto						
a) Função cardíaca normal ou ligeiramente alterada	3	1	1	1	2	2
b) Função cardíaca moderadamente ou severamente alterada	4	1	1	1	2	2

*Doença vascular inclui: doença coronária que se apresente com angina; doença vascular periférica apresentando com claudicação intermitente; retinopatia hipertensiva e acidentes isquêmicos transitórios (AIT).

i = início do método; c = continuação do método

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

A HTA grave e não controlada (sistólica ≥ 160 mm Hg ou diastólica ≥ 100 mm Hg), a doença cardíaca isquêmica e valvular complicada, o AVC, antecedentes de cardiomiopatia peri-parto com função cardíaca alterada e o uso de terapêutica anticoagulante com warfarina são condições médicas em que a gravidez não planejada está associada a um risco elevado de desfecho desfavorável (materno, fetal e neonatal) devendo ser aconselhado o uso de métodos de contraceção seguros e efetivos (ver Secção A.7: *Condições médicas nas quais a gravidez representa medicamente um risco inaceitável ou tem risco de um desfecho materno-fetal desfavorável*).

As mulheres com doença cardíaca a fazer terapêutica anticoagulante são elegíveis para o uso de contraceção com progestativo isolado (Categoria 1,2) e podem beneficiar do controle das HUA associadas a esta terapêutica.

A profilaxia da endocardite está indicada na inserção e remoção do DIU/SIU nas mulheres com próteses valvulares, antecedentes de endocardite e valvulopatias com regurgitação¹⁻⁵.

Múltiplos riscos de doença cardiovascular (idade, tabagismo, diabetes e HTA)

A idade é um fator de risco independente de doença cardiovascular, no entanto deve ser considerado (idade superior a 35 anos) na presença de outros fatores de risco tais como tabagismo (mais de 15 cigarros dia), obesidade, diabetes, HTA e enxaqueca com aura. O uso de CHC associado ao tabaco aumenta o risco de DCV principalmente de enfarte do miocárdio(EM) e este risco está diretamente relacionado com o nº de cigarros/dia (ver Secção B.1: *Contraceção hormonal combinada*)¹⁻⁵.

HTA

O *American College of Cardiology* e o *American Heart Association* em 2017 definiram:

- **Tensão arterial normal:** TA sistólica <120 mmHg e a TA diastólica < 80 mmHg;
- **Tensão arterial elevada:** TA sistólica 120-129 mmHg e TA diastólica < 80 mmHg;
- **HTA estágio 1:** TA sistólica 130-139 mmHg ou TA diastólica 80-89 mmHg;
- **HTA estágio 2:** TA sistólica ≥ 140 mmHg ou TA diastólica ≥ 90 mmHg⁶.

A OMS e a *Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare* na última revisão dos critérios de elegibilidade para o uso de contraceção não consideram esta nova classificação e são limitados os estudo clínicos utilizando esta classificação, recomendando-se que:

- Mulheres com TA < 140/90 todos os métodos de contraceção são elegíveis.
- Apesar de o risco de doença cardiovascular nas mulheres com HTA adequadamente controlada ser reduzido, são escassos os dados científicos sobre o uso de CHC. As mulheres com TA controlada com idade < 35 anos são elegíveis para o uso de CHC, sob vigilância clínica (Categoria 2). Nas mulheres com idade > 35 anos o seu uso passa a Categoria 3.
- Mulheres com TA 140–159 mm Hg ou TA diastólica 90–99 mm Hg os CHC não devem ser utilizados CHC a menos que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceites (Categoria 3). Mulheres com TA ≥ 160 mm Hg ou TA diastólica ≥ 100 mm Hg ou com doença vascular, os CHC não devem ser utilizados (Categoria 4).
- O uso de CHC não parece influenciar a TA de forma clinicamente significativa⁷. No entanto, recomenda-se a avaliação da TA antes de iniciar um CHC e na visita de vigilância (ver Secção A.5: *Exame ou teste a realizar para o início de um contracetivo*)¹.
- O uso com CPO com drospirenona 4mg parece contribuir para diminuir a TA nas mulheres com HTA ligeira^{7,8}.

Ao contrário de outros progestativos o uso de progestativo injetável nas mulheres com HTA deve ser ponderado individualmente pelo risco teórico de alterações nas lipoproteínas, que podem contribuir para o aumento dos riscos cardiovasculares⁵ (ver Secções B.2: *Contraceção progestativa* e B.4: *Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração*).

Antecedentes de HTA gestacional /pré-eclâmpsia (PE) ou eclâmpsia

Nas mulheres com antecedentes de pré-eclâmpsia e normotensas todos os métodos de contraceção são elegíveis¹⁻⁴.

A evidência científica demonstra que as mulheres com antecedentes de pré-eclâmpsia têm um risco aumentado de desenvolver doença coronária e aterosclerose⁹. Sendo este risco maior nas mulheres com PE recorrente do que nas mulheres com PE seguida de uma gestação normal¹⁰.

Em 2019, a *American College of Cardiology and American Heart Association Prevention Guidelines* recomenda que as mulheres com antecedentes de PE sejam aconselhadas a modificar outros fatores de risco de doença cardiovascular⁶. A consulta de aconselhamento contracetivo deve reforçar a importância de manter um estilo de vida saudável.

Cardiomiopatia periparto

O CDC considera que o uso de CHC nas doentes com antecedentes de Cardiomiopatia periparto < 6 meses com função cardíaca normal ou ligeiramente alterada (*New York Heart Association Functional* Classe I ou II: doentes sem limitação ou com limitação ligeira a moderada da atividade) é Categoria 4 e é Categoria 3 para doença ocorrida > 6 meses.

As doentes com antecedentes de cardiomiopatia periparto com função cardíaca moderadamente ou severamente alterada (*New York Heart Association Functional* Classe III ou IV: doentes com grande limitação ou com necessidade de repouso permanente) não são elegíveis para o uso de CHC (Categoria 4)¹⁻⁴.

Doença valvular cardíaca

Todos os métodos de contraceção são elegíveis nas mulheres com doença valvular não complicada (Categoria 1).

A doença valvular complicada inclui a estenose aórtica; defeito do septo arterial; cardiomiopatia (hipertrofica ou dilatada); coarctação da aorta; transposição de grandes vasos; doença de Ebstein; síndrome de Eisenmenger; persistência do ductus arterial; atresia pulmonar; estenose pulmonar; tetralogia de Fallot; atresia tricúspide; truncus arteriosos; defeito de septo ventricular; anomalia da veia pulmonar.

O uso de CHC pode aumentar o risco de trombose arterial¹⁻⁴ (Categoria 4).

BIBLIOGRAFIA

- Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).
- WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Uk Medical Eligibility Criteria*. (2016).
- ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* 133, 128–150 (2019).
- Whelton, P. K. et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Pr. *Journal of the American College of Cardiology* 71, e127–e248 (2018).
- Archer, D. F., Ahrendt, H. J. & Drouin, D. Drospirenone-only oral contraceptive: results from a multicenter noncomparative trial of efficacy, safety and tolerability. *Contraception* 92, 439–444 (2015).
- Palacios, S., Colli, E. & Regidor, P. A. Multicenter, phase III trials on the contraceptive efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone-only pill. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 98, 1549–1557 (2019).
- Brown, M. C. et al. Cardiovascular disease risk in women with pre-eclampsia: Systematic review and meta-analysis. *European Journal of Epidemiology* 28, 1–19 (2013).
- Brouwers, L. et al. Recurrence of pre-eclampsia and the risk of future hypertension and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 125, 1642–1654 (2018).

D.3 DOENÇAS METABÓLICAS E ENDÓCRINAS

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
1. Dislipidemia sem factores de risco cardiovascular	2	2	2	2	2	1
2. Excesso de peso IMC: 25-29,9 kg/m ²	1	1	1	1	1	1
3. Obesidade						
a) IMC ≥30kg/m ² < 18 anos	2	1	2	1	1	1
b) IMC ≥30-34 kg/m ²	2	1	1	1	1	1
c) IMC ≥ 35 kg/m ²	3	1	1	1	1	1
4. Obesidade associada a outros factores de risco cardiovascular (idade, tabagismo, HTA, dislipidemia)	3	1	3	1	1	1
5. Cirurgia bariática						
a) Procedimento restritivo – diminuição da capacidade gástrica;	1	1	1	1	1	1
b) Procedimento com malabsorção – diminuição da absorção de nutrientes e calorias.	3(O); 1 (T/A)	3	1	1	1	1
6. Diabetes						
a) Antecedentes de diabetes gestacional;	1	1	1	1	1	1
b) Sem vasculopatia:						
b.1) Sem insulinoaterapia;	2	2	2	2	2	1
b.2) Com insulinoaterapia.	2	2	2	2	2	1
c) Nefropatia / Retinopatia / Neuropatia;	3/4	2	3	2	2	1
d) Outra doença vascular ou diabetes com > 20 anos de duração.	3/4	2	3	2	2	1
7. Patologia da tiróide						
a) Bócio simples;	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidismo;	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidismo.	1	1	1	1	1	1
8. Patologia da hipófise						
a) Hiperprolactinémia.	1	1	1	1	1	1

CHC – contraceção hormonal combinada; O – oral; T – transdérmica; V – vaginal; P-progestativo oral

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Dislipidemia sem factores de risco cardiovascular

O rastreio de dislipidemia por rotina antes do início de contraceção hormonal não está indicado. O valor isolado dos lípidos é um fator preditivo pouco significativo do risco de doença cardiovascular. Na presença de outros factores de risco, o uso de CHC passa a Categoria 3 ou 4.

Algumas dislipidemias são factores de risco para doença cardiovascular pelo que a categoria deve ser adaptada ao diagnóstico, severidade e presença de outros factores de risco de doença cardiovascular.

A hipercolesterolemia comum e a dislipidemia familiar combinada estão associadas a um aumento de risco de doença coronária o que em geral acontece depois dos 60 anos. A hipercolesterolemia familiar (autossômica dominante) tem uma prevalência de 1 em 500. As mulheres com esta condição têm um risco aumentado de 4x maior de doença coronária. É limitada a evidência que sugere um aumento de risco de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral, tromboembolismo venoso e pancreatite entre mulheres com dislipidemia e utilizadoras de CHC.

Não está esclarecido o impacto do uso de CHC na evolução da dislipidemia, como marcador de doença coronária, ao longo do tempo de exposição¹⁻⁴.

Excesso de peso, obesidade e obesidade associada a outros fatores de risco cardiovascular

Nas mulheres com excesso de peso e obesidade “saudáveis” todos os métodos de contraceção são elegíveis.

O risco adicional de tromboembolismo venoso (TEV) associado ao uso CHC em mulheres obesas parece ser inferior ao risco de TEV na gravidez e no pós-parto. No entanto, o risco de TEV aumenta com o aumento do IMC e quase duplica para um IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$. As mulheres obesas com IMC $\geq 35\text{kg/m}^2$ devem usar preferencialmente métodos com progestativo isolado ou não hormonais.

Apesar das alterações da farmacocinética nas mulheres obesas, a eficácia dos contraceptivos hormonais não parece ser afetada pelo IMC. É limitada a evidência científica que sugere uma diminuição da eficácia do sistema transdérmico nas mulheres com peso corporal superior a 90 kg.

Não existem evidências científicas de aumento de peso com o uso CHC, progestativo oral, implante, SIU e DIU. Os estudos mostram que as adolescentes obesas utilizadoras de acetato de medroxiprogesterona têm um risco aumentado de aumento de peso. As mulheres obesas utilizadoras de acetato de medroxiprogesterona têm um risco aumentado de irregularidades menstruais relativamente às não obesas com o mesmo contraceptivo¹⁻⁸.

As mulheres obesas têm um risco elevado de HUA associada a hiperplasia endometrial, o uso de SIU-LNG e de outros contraceptivos hormonais com progestativo isolado pode ter um benefício adicional na estabilização endometrial⁹⁻¹¹.

Contraceção de emergência (ver Secção B.3: Contraceção de emergência)

As mulheres com excesso de peso e obesidade são elegíveis para CE (Acetato de Ulipristal e Levonorgestrel) oral mesmo quando a obesidade está associada a outros fatores de risco cardiovascular (Categoria 1).

O Acetato de Ulipristal (AUP) (30 mg) deve ser a primeira opção terapêutica em contraceção de emergência oral nas mulheres com obesidade, é menos eficaz em mulheres com IMC $>30\text{kg/m}^2$ ou peso superior a 85 Kg.

Os estudos farmacológicos recentes mostram que a obesidade diminui a biodisponibilidade do Levonorgestrel (LNG). O LNG (1,5 mg) é menos eficaz se IMC $> 26\text{Kg/m}^2$ ou peso superior a 70 kg.

O DIU de cobre é o método de CE mais eficaz e a eficácia é independente do IMC^{6,10}.

Cirurgia bariátrica

As mulheres devem receber aconselhamento contraceptivo previamente à cirurgia bariátrica.

Os procedimentos restritivos diminuem a capacidade de armazenamento gástrico e incluem a banda gástrica, gastrectomia laparoscópica, gastroplastia vertical.

Não há evidência da alteração da eficácia dos CH nas mulheres com banda gástrica.

Os procedimentos mal absortivos implicam diminuição da absorção dos nutrientes e calorias pela ressecção do intestino delgado e incluem *bypass* gástrico e a derivação biliopancreática. As mulheres com cirurgia bariátrica com técnicas de malabsorção têm risco de diminuição de eficácia dos contraceptivos orais.

Mulheres que mantêm IMC $> 35\text{kg/m}^2$ após cirurgia bariátrica são consideradas Categoria 3 para o uso de CHC^{1-4,6,9,10}.

Diabetes

A evidência científica atual permite afirmar com consistência que a contraceção hormonal não afeta o metabolismo dos carboidratos nas mulheres com e sem diabetes e não condiciona ou precipita o aparecimento de diabetes^{1-5,9}.

É limitada e inconsistente a evidência de que as mulheres utilizadoras de CHC e de CP com antecedentes de diabetes gestacional têm um risco aumentado de diabetes não insulino dependente. O perfil lipídico das mulheres com antecedentes de diabetes gestacional não é influência do pelo uso de CHC e uso de CP.

As mulheres com Diabetes não complicada com ou sem insulino terapia podem utilizar todos os métodos de contraceção. O uso de CHC tem um efeito limitado no controle da diabetes (ex. necessidade de insulina e nível de HgA1c) ou na progressão para retinopatia. As alterações no perfil lipídico e nos fatores de coagulação são limitadas e dentro dos parâmetros normais.

É limitada a evidência de que o uso de métodos só com progestativo (orais, acetato de medroxiprogesterona, implante e SIU de levonorgestrel) interfere com o controlo e com a evolução da diabetes insulino dependente e não insulino dependente a curto e a longo prazo (ex. níveis de HbA1) ^{1-5,9}.

A maior preocupação com o uso de CHC na diabetes refere-se ao risco de doença vascular e ao risco adicional de trombose arterial.

As mulheres com Diabetes com duração superior a 20 anos ou com evidência de doença microvascular (retinopatia, nefropatia ou neuropatia) não devem utilizar CHC (Categoria 3 ou 4 dependendo da gravidade da doença).

O Acetato de Medroxiprogesterona aumenta o perfil de lipoproteínas favoráveis à aterosclerose. Por este motivo é Categoria 3 para as mulheres com diabetes com duração superior a 20 anos ou evidência de doença microvascular pelo risco de agravamento de uma condição preexistente. A contraceção com PO, Implante, SIU-LNG e DIU cobre são alternativas seguras para esta população^{1-5,9}.

Patologia da tiróide

Estrogénios aumentam síntese e os níveis circulantes de *tiroxin binding globulin* (TBG), T4 e TSH, mas sem repercussão sobre os valores de tiroxina livre o que na prática se traduz por ausência de acção clínica significativa sobre a função tiroideia. A CHC e a CP pode ser usada nos casos de bócio eutiroideu, hipertiroidismo ou hipotiroidismo¹⁻⁴.

Patologia da hipófise – hiperprolactinemia

Os estrogénios estimulam a secreção de PRL e causam hipertrofia dos lactotrofos pituitários, mas não existe uma relação entre CHC e microadenomas. O uso prévio de CHC não se relaciona com o tamanho dos prolactinomas no diagnóstico. Os CHC podem ser utilizados por mulheres com microadenomas sem receio de crescimento subsequente do tumor, devendo ser usada CHC com 15 a 20 mcg de EE¹⁻⁴.

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
2. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
3. Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
4. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).
5. Lopez, L. M., Grimes, D. A. & Schulz, K. F. Steroidal contraceptives: effect on carbohydrate metabolism in women without diabetes mellitus. *The Cochrane database of systematic reviews* 2019, CD008452 (2019).
6. FSRH Guideline. Overweight, Obesity & Contraception. (2019).
7. Merki-Feld, G. S. et al. European society of contraception statement on contraception in obese women. *The European journal of contraception & reproductive health care: the official journal of the European Society of Contraception* 20, 19–28 (2015).
8. Simmons, K. B. & Edelman, A. B. Hormonal contraception and obesity. *Fertility and Sterility* 106, 1282–1288 (2016).
9. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* 133, 128–150 (2019).
10. Costa, A., Bombas, T., Souto, S. & Freitas, P. Recomendações para contraceção em mulheres com excesso de peso/obesidade, antes e após cirurgia bariátrica. *Acta Obstet Ginecol Port* 14, 38–43 (2020).
11. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais. 50–54 (2018).

D.4 DOENÇAS GASTROINTESTINAIS

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
1. Antecedentes de colestase						
a) Colestase gravídica;	2	1	1	1	1	1
b) Relacionada com o uso de CHC	3	2	2	2	2	1
2. Patologia da vesícula biliar						
a) Sintomática:						
a.1) Tratada com colecistectomia;	2	2	2	2	2	1
a.2) Terapêutica médica;	3	2	2	2	2	1
a.3) Sem terapêutica.	3	2	2	2	2	1
b) Assintomática.	2	1	1	1	1	1
3. Hepatite viral						
a) Aguda;	3-4i/2c	1	1	1	1	1
b) Portador;	1	1	1	1	1	1
c) Crônica.	1	1	1	1	1	1
4. Cirrose						
a) Moderada (compensada)	1	1	1	1	1	1
b) Severa (descompensada)	4	3	3	3	3	1
5. Tumores hepáticos						
a) Benigno:						
a.1) Hiperplasia focal nodular;	2	2	2	2	2	1
a.2) Adenoma hepatocelular.	4	3	3	3	3	1
b) Maligno (Hepatoma).	4	3	3	3	3	1
6. Doença inflamatória intestinal (Colite ulcerosa e doença de Crohn)	2/3	2	2	1	1	1

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

Antecedentes de colestase

Antecedentes de colestase gravídica pode estar relacionada com um aumento de risco de colestase associada ao uso de CHC¹⁻⁴.

Patologia da vesícula biliar

Os estudos iniciais associavam os riscos de doença biliar com o uso de CHC. Estudos mais recentes demonstram que não existe evidência de associação entre o uso de CHC e o risco de doença da vesícula biliar. Existe, no entanto, alguma preocupação com o agravamento de doença biliar existente e o uso de CHC¹⁻⁵.

Hepatite viral

Os estrogénios e os progestativos são metabolizados a nível hepático. Ao contrário dos progestativos, os estrogénios atuam diretamente no fígado por um mecanismo mediado por um recetor. Desta forma existe uma preocupação teórica, se o uso de CHC durante uma hepatite viral pode afetar a função hepática.

A evidência científica é limitada no uso de CHC nas mulheres com Hepatite aguda. Aceitando-se que o risco de iniciar um CHC em geral ultrapassa os benefícios e que este método não deve ser usado numa fase aguda de doença. No entanto, para uma mulher já utilizadora do método, os benefícios contraceptivos da sua utilização superam os riscos. O risco do uso do CHC deve ser avaliado em função da severidade da doença, considerando-se que não é aceitável o risco de gravidez não planeada durante uma hepatite viral aguda ou crónica (com o risco acrescido de transmissão vertical).

O uso de CP (Oral, injetável, implante, SIU) e DIU não apresenta restrições.

Nas mulheres portadoras assintomáticas, o uso de CHC não aumenta o risco de insuficiência ou disfunção hepática.

É limitada a evidência científica (mas consistente) que sugere que nas mulheres com Hepatite Crónica o uso de CHC não aumenta o risco de cirrose e de carcinoma hepatocelular^{1-4,6}.

Cirrose

Na fase avançada da doença é frequente disfunção do eixo hipotalâmico-hipofisário e malnutrição, que conduzem a anovulação e se traduzem por amenorreia ou oligomenorreia. A gravidez é pouco frequente, no entanto a infertilidade não é garantida. A gravidez está associada a um risco elevado de desfecho desfavorável (materno, fetal e neonatal) (ver Secção A.7: *Condições médicas nas quais a gravidez (ou a gravidez não planeada) representa medicamente um risco inaceitável ou tem risco de um desfecho materno-fetal desfavorável*).

Para as mulheres com cirrose compensada todos os métodos de contraceção são elegíveis.

Para as mulheres com cirrose severa ou descompensada os métodos hormonais combinados não devem ser utilizados (Categoria 4). O uso de métodos com progestativo isolado deve ser ponderado individualmente, mas os riscos superam os benefícios (Categoria 3). O SIU aprovado para o tratamento da hemorragia uterina abundante utilizado nas mulheres com cirrose associada a trombocitopenia, pode ter benefícios não contraceptivos importantes.

É elegível o uso de DIU mas, nas mulheres com trombocitopenia ou HUA, o seu uso deve ser ponderado^{1-4,7,8}.

Tumores hepáticos

É limitada a evidência científica da influência do uso de CH na progressão da hiperplasia nodular focal.

Não existe evidência científica no uso de CH nas mulheres com outros tumores hepáticos^{1-4,6,9,10}.

A Sociedade Portuguesa de Contraceção recomenda que considerando que a concentração sistémica com o uso do SIU de levonorgestrel pode ser muito baixa, o uso deste método nas mulheres com adenomas hepáticos deve ser individualizado, considerando riscos e benefícios.

Doença inflamatória intestinal (DII)

Nas mulheres com DII o aconselhamento pré-concepcional é fundamental. É desejável que a gravidez ocorra de forma programada com a doença em remissão e sob terapêutica não teratogénica.

A evidência científica sugere que os CH não influenciam a progressão da DII. Embora um estudo retrospectivo com 4000 mulheres com D. Crohn e utilizadoras de COC há mais de 3 anos tenha demonstrado um aumento do risco cirúrgico das utilizadoras quando comparadas com as não utilizadoras (RR de 1.68, 95% CI 1.06–2.67).

Os estudos de farmacocinética antigos usando elevadas doses de COC (fora de utilização atualmente) sugerem que a absorção dos esteroides não difere nas mulheres com colite ulcerosa ligeira ou com ileostomia comparadas com mulheres saudáveis. Não existem estudos de farmacocinética publicados com os COC utilizados atualmente.

Nas mulheres com D. Crohn grave e resseções intestinais mais extensas o uso de contraceptivos orais deve ser individualizado.

As mulheres com DII têm um risco de TEV 2x superior as mulheres saudáveis (a doença ativa têm um risco de TEV 3 a 8 x superior). O risco absoluto é baixo pelo que o uso de CHC em mulheres com DII estável é Categoria 2.

Os CHC devem ser utilizados com precaução nas mulheres com DII e outros fatores de risco para TEV (doença ativa e grave, imobilização, obesidade, uso de corticoterapia, hipovolémia, desidratação (passando nestas situações a Categoria 3).

O uso de progestativo injetável não está bem estudado nas mulheres com fatores de risco para osteoporose pelo que o seu uso nas mulheres com DII deve ser individualizado^{1-4,7,11-15}.

(ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)

Benefícios não contraceptivos da CH nas mulheres com DII

As mulheres com DII referem frequentemente queixas algícas cíclicas com agravamento nas fases pré-menstruais e menstruais. O mecanismo poderá estar relacionado com a produção endometrial de prostaglandinas durante a fase menstrual. O uso de CH pode beneficiar os sintomas cíclicos da doença^{11,12}.

BIBLIOGRAFIA

- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
- Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
- WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).
- Jick, S. & Pennap, D. Drospirenone- and levonorgestrel-containing oral contraceptives and the risk of gallbladder disease. *Contraception* 86, 220–223 (2012).
- Kapp, N., Tilley, I. B. & Curtis, K. M. The effects of hormonal contraceptive use among women with viral hepatitis or cirrhosis of the liver: a systematic review. *Contraception* 80, 381–386 (2009).
- Sridhar, A., Cwiak, C. A., Kaunitz, A. M. & Allen, R. H. Contraceptive Considerations for Women with Gastrointestinal Disorders. *Digestive Diseases and Sciences* 62, 54–63 (2017).
- Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Consenso Nacional sobre Hemorragias Uterinas Anormais. 50–54 (2018).
- D'halluin, V. et al. [Natural history of focal nodular hyperplasia. A retrospective study of 44 cases]. *Gastroenterologie clinique et biologique* 25, 1008–10 (2001).
- Mathieu, D. et al. Oral contraceptive use and focal nodular hyperplasia of the liver. *Gastroenterology* 118, 560–4 (2000).
- Gawron, L. M., Goldberger, A., Gawron, A. J., Hammond, C. & Keefer, L. The impact of hormonal contraception on disease-related cyclical symptoms in women with inflammatory bowel diseases. *Inflammatory bowel diseases* 20, 1729–33 (2014).
- Limdi, J. K., Farraye, J., Cannon, R., Woodhams, E. & Farraye, F. A. Contraception, Venous Thromboembolism, and Inflammatory Bowel Disease: What Clinicians (and Patients) Should Know. *Inflammatory bowel diseases* 25, 1603–1612 (2019).
- Targownik, L. E., Bernstein, C. N., Nugent, Z. & Leslie, W. D. Inflammatory bowel disease has a small effect on bone mineral density and risk for osteoporosis. *Clinical gastroenterology and hepatology: the official clinical practice journal of the American Gastroenterological Association* 11, 278–85 (2013).
- Grainge, M. J., West, J. & Card, T. R. Venous thromboembolism during active disease and remission in inflammatory bowel disease: a cohort study. *Lancet (London, England)* 375, 657–63 (2010).
- Zapata, L. B., Paulen, M. E., Cansino, C., Marchbanks, P. A. & Curtis, K. M. Contraceptive use among women with inflammatory bowel disease: A systematic review. *Contraception* 82, 72–85 (2010).

D.5 DOENÇAS DO APARELHO REPRODUTOR

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU-Cu
ALTERAÇÕES MENSTRUAIS						
Irregularidades menstruais	1	2	2	2	1	1
Hemorragia uterina anormal (HUA)	1	2	2	2	1i/2c	2
Hemorragia genital inexplicada e suspeita de patologia grave (antes da avaliação)	2	2	3	3	4i/2c	4i/2c
FIBROMIOMA						
Tipo 0 e 1	1	1	1	1	4	4
Tipo 2 a 7	1	1	1	1	1	1
ANOMALIAS ANATÓMICAS UTERINAS						
Anomalias anatômicas uterinas	1	1	1	1	4	4
DISMENORREIA						
Dismenorreia	1	1	1	1	1	2
ENDOMETRIOSE						
Endometriose	1	1	1	1	1	2
PATOLOGIA CERVICAL						
Ectropion cervical	1	1	1	1	1	1
Lesão intraepitelial de baixo grau (LSIL)	2	1	2	2	2	1
Lesão intraepitelial de alto grau (HSIL) (a aguardar terapêutica)	2	1	2	2	4i/2c	4i/2c
PATOLOGIA ENDOMETRIAL						
Hiperplasia do endométrio	1	1	1	1	1	1
Neoplasia do endométrio	1	1	1	1	4i/2c	4i/2c
PATOLOGIA DO TROFOBLASTO						
Antecedentes de D. Trofoblasto	1	1	1	1	1	1
DTG em vigilância	1	1	1	1	3	3
DTG persistente (sob quimioterapia)	1	1	1	1	4	4
PATOLOGIA OVÁRIO						
Tumor benigno do ovário	1	1	1	1	1	1
Neoplasia do ovário	1	1	1	1	3i/2c	3i/2c
INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL						
Cervicite purulenta, infecção a clamýdea, gonorreia	1	1	1	1	4i/2c	4i/2c
OUTRAS ISTs EXCLUINDO HEPATITE E VIH						
Vaginose (incluindo Tricomonas vaginal e Vaginose bacteriana)	1	1	1	1	2	2
Risco aumentado de ISTs	1	1	1	1	2	2
DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)						
Antecedente de DIP com gravidez subsequente	1	1	1	1	1	1
sem gravidez subsequente	1	1	1	1	2	2
DIP ativa	1	1	1	1	4i/2c	4i/2c

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Alterações menstruais

A contraceção hormonal combinada, administrada por um curto período de tempo, não agrava a patologia subjacente à hemorragia genital^{1,2}.

Nos casos de HUA poderá ser usado com sucesso contraceptivo oral quadrifásico com valerato de estradiol e dienogeste.

O uso do SIU-LNG (52 mg) tem um impacto positivo no tratamento da HUA incluindo nas mulheres com miomas. Parece ser mais efetivo que as medicações orais e com melhores resultados na melhoria da qualidade de vida. A evidência científica é limitada mas parece ter eficácia semelhante a ablação endometrial³⁻⁸.

No caso de uma hemorragia genital inexplicada com SIU/DIU in situ, deve ser avaliada a necessidade de remover o contraceptivo².

Hemorragia genital inexplicada e suspeita de patologia grave (antes da avaliação)

Na hemorragia vaginal grave inexplicada deve sempre haver uma avaliação clínica e a revisão dos critérios de elegibilidade do método em uso após o diagnóstico etiológico.

Fibromiomas uterinos

Os fibromiomas uterinos são definidos como tumores uterinos benignos e monoclonais originários do tecido miometrial. A atividade hormonal ovárica é fundamental para o crescimento dos fibromiomas. O estrogénio estimula o desenvolvimento de fibromiomas através dos recetores. O papel da progesterona nos recetores, também está descrito. Os miomas têm maior quantidade de recetores de estrogénio e progesterona do que o miométrio circundante^{9,10}.

Os estroprogestativos e os progestativos isolados (orais, injetável, implante) podem ser utilizados nas mulheres com miomas, no entanto não promovem a diminuição do seu volume. Não podem ser considerados como terapêutica, mas a sua utilização pode melhorar a HUA e a dismenorreia. Estão assim indicados nas mulheres que necessitam de contraceção e são elegíveis para a sua utilização^{2,11,12}.

Os SIU/LNG reduzem a hemorragia e restabelecem para a normalidade os níveis de hemoglobina, hematócrito e ferritina nas mulheres com fibromiomas uterinos¹²⁻¹⁵.

O uso do SIU-LNG 52 mg é uma possibilidade quando o tamanho do útero é inferior ao correspondente a 12 semanas de gestação. Não são elegíveis para contraceção intrauterina as mulheres portadoras de miomas submucosos tipo 0 e tipo 1 (0- Intracavitário pediculado; 1- >50% na cavidade endometrial), mas pode ser usado nos miomas submucosos de tipo 2 (menos de 50% do mioma na cavidade endometrial). São elegíveis para contraceção intrauterina as mulheres com miomas tipo 3,4 (3- contacta o endométrio, 100% intramural; 4- Intramural) 5 a 7 (5-Subseroso ≥50% intramural; 6- Subseroso <50% intramural; 7-subseroso pediculado)¹⁶.

Dismenorreia / Endometriose

A contraceção hormonal pode ser utilizada com eficácia no tratamento da dismenorreia^{17,18}.

A utilização de CHC é considerada a primeira linha terapêutica na dor pélvica crónica, dispareunia e dismenorreia associadas a endometriose. Não existe, contudo, evidência quanto ao regime ideal de administração cíclico ou contínuo^{19,20}.

Os progestativos são eficazes no controlo da dor associada à endometriose, sendo o acetato de medroxiprogesterona e o dienogeste os mais eficazes^{21,22}.

O SIU-LNG é também considerado uma alternativa eficaz para o tratamento médico da endometriose nomeadamente no alívio da dor pélvica crónica. A utilização de DIU-Cu pode intensificar a dismenorreia²³⁻²⁵.

Patologia cervical

Ectropion cervical

Os CH têm algumas consequências a nível do colo uterino, nomeadamente na formação de epitélio colunar no exocervix denominado ectropion.

Os CHC estão associados a aumento da área de ectropion e este efeito aumenta ao longo do tempo do seu uso²⁶.

Lesão Intra epitelial cervical

Cancro do colo do útero

O HPV é considerado um componente necessário ao desenvolvimento do cancro do colo uterino, mas outros fatores desempenham um papel no desenvolvimento da carcinogénese²⁷.

O preservativo tem um papel protetor²⁸. Vários estudos mostram que utilizadoras de CHC HPV negativo não apresentam risco acrescido para carcinoma cervical^{29,30}.

O SIU e o DIU não parecem ter impacto no desenvolvimento de cancro²⁷. Pelo contrário, alguns estudos sugerem que a utilização de contraceção intrauterina está associada a uma redução do cancro cervical. Uma meta-análise que incluiu 16 estudos verificou uma redução de 1/3 na incidência de cancro cervical nas utilizadoras de contraceção intrauterina em comparação com as não-utilizadoras³¹. Este efeito protetor é particularmente importante nas mulheres de alto risco para cancro cervical, como as que não fizeram vacina para o HPV e as que não têm acesso ao rastreio cervical. Este benefício não contraceptivo deve ser considerado nas populações com elevada incidência de cancro cervical e limitados recursos no rastreio.

Patologia endometrial

Hiperplasia do endométrio

A utilização dos CHC reduzem o risco de hiperplasia endometrial²⁷.

Neoplasia do endométrio

Nas mulheres < 40 anos o uso de CHC diminuiu o risco de cancro do endométrio¹. Este efeito é significativo e mantém-se mais de 15 anos depois de suspenso o uso do contraceptivo. Este facto é igualmente válido para as mulheres com Síndrome de Lynch^{27,32}.

O DIU protege do cancro do endométrio devido ao seu efeito inflamatório estéril no endométrio e da estabilização do endométrio pela supressão do oncogene PTEN.

Patologia do trofoblasto

Após esvaziamento uterino por gravidez molar, a utilização de CHC não aumenta o risco de patologia trofoblasto pós-molar e as suas utilizadoras têm apresentado uma regressão mais rápida dos níveis de hCG do que as não utilizadoras^{2,33}.

As recomendações americanas e europeias recomendam a utilização de CHC logo após a evacuação molar^{34,35}.

As recomendações inglesas defendem que os CHC devem ser retomados apenas com valores de hCG normais³⁶.

Infeções sexualmente transmissíveis

Não existe evidência na associação entre o uso de CO e o risco de tricomonas, gonorreia, HSV-2 ou sífilis. Os resultados são controversos no risco de infeção a clamídea e HPV e de vaginose bacteriana³⁷.

Não existe evidência na associação entre o uso de acetato de medroxiprogesterona e o risco de gonorreia, sífilis, HPV e vaginose bacteriana. Parece existir evidência entre a associação do contraceptivo e o aumento de risco de HSV-2 e a diminuição de risco de infeção a tricomonas^{38,39}. Não existe associação entre o uso de SIU e DIU e o risco de clamídea, gonorreia e tricomonas, HPV e vaginose bacteriana.

BIBLIOGRAFIA

1. Curtis, K. M. *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* **65**, (2016).
2. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
3. Iyer, V., Farquhar, C. & Jepson, R. Oral contraceptive pills for heavy menstrual bleeding. *The Cochrane database of systematic reviews* CD000154 (2000). doi:10.1002/14651858.CD000154
4. Barrington, J. W., Arunkalaivanan, A. S. & Abdel-Fattah, M. Comparison between the levonorgestrel intrauterine system (LNG-IUS) and thermal balloon ablation in the treatment of menorrhagia. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* **108**, 72–4 (2003).
5. Gupta, B., Mittal, S., Misra, R., Deka, D. & Dadhwal, V. Levonorgestrel-releasing intrauterine system vs. transcervical endometrial resection for dysfunctional uterine bleeding. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics* **95**, 261–6 (2006).
6. Hurskainen, R. *et al.* Quality of life and cost-effectiveness of levonorgestrel-releasing intrauterine system versus hysterectomy for treatment of menorrhagia: a randomised trial. *Lancet (London, England)* **357**, 273–7 (2001).
7. Lethaby, A., Hussain, M., Rishworth, J. R. & Rees, M. C. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *The Cochrane database of systematic reviews* CD002126 (2015). doi:10.1002/14651858.CD002126.pub3
8. Stewart, A., Cummins, C., Gold, L., Jordan, R. & Phillips, W. The effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in menorrhagia: a systematic review. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* **108**, 74–86 (2001).
9. Bulun, S. E. Uterine fibroids. *The New England journal of medicine* **369**, 1344–55 (2013).
10. Kim, J. J., Kurita, T. & Bulun, S. E. Progesterone action in endometrial cancer, endometriosis, uterine fibroids, and breast cancer. *Endocrine reviews* **34**, 130–62 (2013).
11. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. *Consenso nacional sobre hemorragias uterinas anormais*. (2018).
12. Marret, H. *et al.* Therapeutic management of uterine fibroid tumors: updated French guidelines. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* **165**, 156–64 (2012).
13. Grigorieva, V., Chen-Mok, M., Tarasova, M. & Mikhailov, A. Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine system to treat bleeding related to uterine leiomyomas. *Fertility and sterility* **79**, 1194–8 (2003).
14. Wildemeersch, D. & Schacht, E. The effect on menstrual blood loss in women with uterine fibroids of a novel 'frameless' intrauterine levonorgestrel-releasing drug delivery system: a pilot study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* **102**, 74–9 (2002).
15. Mercurio, F. *et al.* The effect of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of myoma-related menorrhagia. *Contraception* **67**, 277–80 (2003).
16. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. *Miomas uterinos*. (2017).
17. Proctor, M. L., Roberts, H. & Farquhar, C. M. Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *The Cochrane database of systematic reviews* CD002120 (2001). doi:10.1002/14651858.CD002120
18. Hendrix, S. L. & Alexander, N. J. Primary dysmenorrhea treatment with a desogestrel-containing low-dose oral contraceptive. *Contraception* **66**, 393–9 (2002).
19. ACOG. ACOG Practice Bulletin No. 110: noncontraceptive uses of hormonal contraceptives. *Obstetrics and gynecology* **115**, 206–18 (2010).
20. Johnson, N. P., Hummelshoj, L. & World Endometriosis Society Montpellier Consortium. Consensus on current management of endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)* **28**, 1552–68 (2013).
21. Soares, S. R., Martínez-Varea, A., Hidalgo-Mora, J. J. & Pellicer, A. Pharmacologic therapies in endometriosis: a systematic review. *Fertility and sterility* **98**, 529–55 (2012).
22. Dunselman, G. A. J. *et al.* ESHRE guideline: management of women with endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)* **29**, 400–12 (2014).
23. Lockhat, F. B., Emembolu, J. O. & Konje, J. C. The evaluation of the effectiveness of an intrauterine-administered progestogen (levonorgestrel) in the symptomatic treatment of endometriosis and in the staging of the disease. *Human reproduction (Oxford, England)* **19**, 179–84 (2004).
24. Petta, C. A. *et al.* Randomized clinical trial of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and a depot GnRH analogue for the treatment of chronic pelvic pain in women with endometriosis. *Human reproduction (Oxford, England)* **20**, 1993–8 (2005).
25. Vercellini, P. *et al.* A levonorgestrel-releasing intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with endometriosis: a pilot study. *Fertility and sterility* **72**, 505–8 (1999).
26. Bright, P. L. *et al.* Hormonal contraception and area of cervical ectopy: a longitudinal assessment. *Contraception* **84**, 512–9 (2011).
27. La Vecchia, C. & Boccia, S. Oral contraceptives, human papillomavirus and cervical cancer. *European journal of cancer prevention: the official journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)* **23**, 110–2 (2014).
28. Cibula, D. *et al.* Hormonal contraception and risk of cancer. *Human Reproduction Update* **16**, 631–650 (2010).
29. Smith, J. S. *et al.* Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. *Lancet (London, England)* **361**, 1159–67 (2003).
30. Moreno, V. *et al.* Effect of oral contraceptives on risk of cervical cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet (London, England)* **359**, 1085–92 (2002).
31. Cortessis, V. K. *et al.* Intrauterine Device Use and Cervical Cancer Risk: A Systematic Review and Meta-analysis. *Obstetrics and gynecology* **130**, 1226–1236 (2017).
32. Gompel, A., Ramirez, I. & Bitzer, J. Contraception in cancer survivors – an expert review Part I. Breast and gynaecological cancers. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* **24**, 167–174 (2019).
33. Adewole, I. F., Oladokun, A., Fawole, A. O., Olawuyi, J. F. & Adeleye, J. A. Fertility regulatory methods and development of complications after evacuation of complete hydatidiform mole. *Journal of obstetrics and gynaecology: the journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* **20**, 68–9 (2000).
34. Seckl, M. J. *et al.* Gestational trophoblastic disease: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Annals of oncology: official journal of the European Society for Medical Oncology* **24** Suppl 6, vi39-50 (2013).
35. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).

36. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Uk Medical Eligibility Criteria*. (2016).
37. Deese, J., Pradhan, S., Goetz, H. & Morrison, C. Contraceptive use and the risk of sexually transmitted infection: systematic review and current perspectives. *Open Access Journal of Contraception Volume* **9**, 91–112 (2018).
38. Grabowski, M. K. *et al.* Use of injectable hormonal contraception and women's risk of herpes simplex virus type 2 acquisition: a prospective study of couples in Rakai, Uganda. *The Lancet. Global health* **3**, e478–e486 (2015).
39. McCarthy, K. J., Gollub, E. L., Ralph, L., van de Wijgert, J. & Jones, H. E. Hormonal Contraceptives and the Acquisition of Sexually Transmitted Infections. *Sexually Transmitted Diseases* **46**, 290–296 (2019).

D.6 DOENÇAS DA MAMA

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU-Cu
CONDICÃO MÉDICA						
Massa/nódulo (sem diagnóstico)	2*	2*	2*	2*	2	1
1. Doença benigna de mama	1	1	1	1	1	1
2. História familiar de cancro de mama	1	1	1	1	1	1
3. Cancro de mama atual	4	4	4	4	4	1
4. Cancro de mama sem evidência de recorrência há pelo menos 5 anos	3	3	3	3	3	1

*A avaliação diagnóstica deve ser feita o mais rapidamente possível

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

CH e risco de cancro mama

A literatura não é consensual sobre a utilização de contraceptivos hormonais e o risco de cancro de mama. Embora alguns estudos sugiram um pequeno aumento, as conclusões têm sido inconsistentes¹. Um recente estudo que incluiu 1,8 milhões de mulheres com um seguimento de mais de 10 anos mostrou um risco discretamente superior de cancro de mama nas mulheres utilizadoras de contraceptivos hormonais (RR 1.20)², contudo o estudo levantava algumas limitações metodológicas, o que dificultava a interpretação.

A maioria dos estudos prévios não revela aumento significativo de risco de cancro de mama com a utilização de contraceptivos hormonais combinados³⁻⁵, embora existam algumas limitações a considerar tais como diferentes doses e o tempo de seguimento.

O eventual aumento de risco de cancro de mama deverá ser ponderado em relação com os benefícios em termos individuais. A relação entre risco e benefício não é igual para todas as mulheres e deve ser ponderada com as vantagens da contraceção. No geral, a decisão em relação ao uso de CH deve considerar os riscos e benefícios em relação a vários fatores como idade, preferências pessoais, dose, tipo e duração.

Em relação ao uso de progestativo isolado o estudo Dinamarquês² revelou um discreto aumento de risco de cancro de mama com o SIU-LNG contudo estas conclusões devem ser interpretadas cautelosamente devido às limitações metodológicas. Uma revisão sistemática recente não encontrou aumento de risco de cancro de mama com os progestativos isolados incluindo o SIU-LNG ou progestativos orais⁶. Estudos populacionais nas mulheres pré-menopausa demonstraram que o SIU-LNG usado como contraceção ou para controlo de hemorragias uterinas anormais não aumenta o risco de cancro de mama ou de recorrência da doença⁷.

Patologia mamária benigna

Os contraceptivos hormonais podem contribuir para a diminuição do risco de doença benigna proliferativa mamária⁸.

História familiar e risco genético de cancro de mama

Nas mulheres com história familiar ou com suscetibilidade genética para cancro de mama (BRCA 1 ou BRCA 2) existe um aumento de risco de cancro de mama quando comparadas com a população geral. Contudo a evidência não sugere que o aumento de risco de cancro de mama nas mulheres portadores de mutação BRCA 1/2 ou com história familiar seja modificada significativamente pela utilização dos COC⁹⁻¹¹. O benefício da utilização do COC em relação à diminuição de risco de cancro do ovário torna os COC uma opção viável para as mulheres mutadas que ainda não concretizaram o seu desejo reprodutivo¹.

Cancro de mama atual

Nas mulheres com cancro de mama, embora com evidência limitada, os contraceptivos hormonais são desencorajados independentemente do status hormonal do tumor. Métodos alternativos incluem os métodos barreira e os DIU-Cu¹².

A maioria dos estudos com o SIU-LNG em doentes de cancro de mama não demonstraram aumento de risco quando comparado com o DIU-Cu^{13,14}.

Uma revisão da Cochrane de 2015 que avaliava a segurança e a eficácia do SIU-LNG nas mulheres com cancro de mama sob Tamoxifeno concluiu que não aumentava o risco de recorrência ou de morte relacionada com o cancro de mama¹⁵.

O novo SIU-LNG (Jaydess®) apresenta níveis circulantes de levonorgestrel inferiores quando se compara com o tradicional SIU-LNG (Mirena®/Levosert®), contudo ainda não existem evidências disponíveis sobre a eficácia ou segurança no âmbito do cancro de mama¹⁴.

A contraceção de emergência é elegível mesmo em mulheres com tumores hormono-dependentes¹⁶.

Cancro de mama sem evidência de recorrência há pelo menos 5 anos

Na ausência de dados prospectivos a CDC e a OMS sugerem evitar contraceção hormonal particularmente nas mulheres com antecedentes de cancro da mama com recetores hormonais positivos. No aconselhamento deve considerar-se métodos não hormonais e ajudar as mulheres na escolha do método que mais se adequa às suas expetativas, estilo de vida e crenças¹²⁻¹⁶.

A contraceção de emergência é elegível mesmo em mulheres com antecedentes de tumores hormono-dependentes¹⁶.

BIBLIOGRAFIA

- Kaunitz, A. M., Pinkerton, J. A. V. & Manson, J. A. E. Hormonal contraception and risk of breast cancer: A closer look. *Menopause* **25**, 477–479 (2018).
- Mørch, L. S. *et al.* Contemporary hormonal contraception and the risk of breast cancer. *New England Journal of Medicine* **377**, 2228–2239 (2017).
- Iversen, L., Sivasubramaniam, S., Lee, A. J., Fielding, S. & Hanford, P. C. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: The Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **216**, 580.e1–580.e9 (2017).
- Cibula, D. *et al.* Hormonal contraception and risk of cancer. *Human Reproduction Update* **16**, 631–650 (2010).
- Marchbanks, P. A. *et al.* Oral contraceptive formulation and risk of breast cancer. *Contraception* **85**, 342–350 (2012).
- Samson, M. *et al.* Cell type-specific genetic and optogenetic tools reveal novel hippocampal CA2 circuit. *Nature Neuroscience* **17**, 269–279 (2014).
- Bakkum-Gamez, J. N., Laughlin, S. K., Jensen, J. R., Akogyeram, C. O. & Pruthi, S. Challenges in the gynecologic care of premenopausal women with breast cancer. *Mayo Clinic Proceedings* **86**, 229–240 (2011).
- Schindler, A. E. Non-contraceptive benefits of oral hormonal contraceptives. *International Journal of Endocrinology and Metabolism* **11**, 41–47 (2013).
- Gaffield, M. E., Culwell, K. R. & Ravi, A. Oral contraceptives and family history of breast cancer. *Contraception* **80**, 372–380 (2009).
- Iodice, S. *et al.* Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: a meta-analysis. *European journal of cancer (Oxford, England: 1990)* **46**, 2275–84 (2010).
- Moorman, P. G. *et al.* Oral contraceptives and risk of ovarian cancer and breast cancer among high-risk women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Oncology* **31**, 4188–4198 (2013).
- Curtis, K. M. *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: *Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* **65**, (2016).
- Dinger, J., Bardenheuer, K. & Minh, T. Do. Levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices and the risk of breast cancer. *Contraception* **83**, 211–217 (2011).
- Casey, P. M., Faubion, S. S., MacLaughlin, K. L., Long, M. E. & Pruthi, S. Caring for the breast cancer survivor's health and wellbeing. *World Journal of Clinical Oncology* **5**, 693–704 (2014).
- Dominick Sally, Martha Hickey, J. C. and H. I. S. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast cancer on adjuvant tamoxifenDominick Sally, Martha Hickey, Jason Chin and H Irene Su. Levonorgestrel intrauterine system for endometrial protection in women with breast c. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2015). doi:10.1002/14651858.CD007245.pub3. www.cochranelibrary.com
- WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).

D.7 DOENÇAS NEUROLÓGICAS

MÉTODO CONDIÇÃO MÉDICA	CHC (O,T,V)		PO*		PROGESTATIVO INJETÁVEL*		IMPLANTE*		SIU-LNG*		DIU COBRE
	i	c	i	c	i	c	i	c	i	c	
1. Cefaleias moderadas a severas	1	2	1	1	1		1		1	1	1
2. Enxaquecas											
a) Sem aura (inclui a enxaqueca menstrual)											
Idade < 35 anos	2	3	1	2	2		2		2	2	1
Idade ≥ 35 anos	3	4	1	2	2		2		2	2	1
b) Com aura Em qualquer idade	4	4	2	3	2	3	2	3	2	3	1
c) Antecedentes de enxaqueca com aura (> 5 anos)	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1
3. Epilepsia	1		1		1		1		1		1
4. Medicamentos anticonvulsivantes:											
a) Indutores enzimáticos (fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, topiramato, oxcarbazepina, primidona)	3		3		1		2		1		1
b) Lamotrigina	3		1		1		1		1		1
5. Hipertensão intracraniana idiopática	2		1		1		1		1		1
6. Esclerose múltipla											
a) Com imobilidade prolongada	3		1		2/3		1		1		1
b) Sem imobilidade prolongada	1		1		2		1		1		1

i – iniciação; c – continuação; CHC – contraceção hormonal combinada; O – oral; T – transdérmica; V – vaginal; PO – progestativo oral

*O Department of Health and Human Services/Centers for Disease Control and Prevention (US 2016) considera os métodos com progestativo isolado (oral, subcutâneo e injetável) e o SIU-LNG na Categoria 1 em todas as condições clínicas anteriores (ou seja semelhante ao DIU-cobre)¹.

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Cefaleias e Enxaquecas

As cefaleias não impedem o uso de qualquer método contraceptivo, na ausência de qualquer outro fator de risco cardiovascular (como por exemplo a idade, HTA, tabagismo).

No aconselhamento contraceptivo é essencial a identificação da presença de enxaqueca (com ou sem aura) e a sua frequência.

Os CHC podem desencadear enxaquecas nas mulheres com predisposição, agravar enxaqueca existente e desencadear o aparecimento de aura nas mulheres com enxaqueca sem aura. Nestas situações deve ser ponderado o uso de um contraceptivo com progestativo isolado ou um método não hormonal efetivo (DIU cobre).

As enxaquecas cíclicas (menstruais) são um subtipo de enxaqueca sem aura.

O risco absoluto de acidente vascular cerebral em mulheres com idade entre os 20 e 44 anos não utilizadoras de contraceção hormonal combinada e sem enxaquecas é de 2,5: 100.000 por ano e nas utilizadoras de CHC é de 6,3: 100 000/ ano. As mulheres no mesmo grupo etário com enxaqueca sem aura, não utilizadoras de CHC têm um risco de 4,0:100 000 por ano, o mesmo risco entre as utilizadoras de CHC é de 10,0:100 000. As mulheres com enxaqueca com aura, não utilizadoras de CHC têm um risco absoluto de acidente vascular cerebral de 5,9:100 000 por ano, o mesmo risco entre as utilizadoras de CHC é 14,5:100 000 por ano.

Nas mulheres com enxaqueca com aura devem ser considerados como primeira opção contraceptiva os métodos hormonais com progestativo isolado ou os métodos não hormonais.

A utilização do PO parece associar-se a uma redução na frequência das enxaquecas (com e sem aura), na sua duração e no consumo de analgésicos e triptanos.

Qualquer cefaleia que surja de novo ou se agrave durante o uso de contraceção só com progestativo, deve ser avaliada¹⁻¹⁰.

Epilepsia e medicamentos anticonvulsivantes

Não existem evidências científicas que o uso de CH agrave a epilepsia. Na epilepsia não medicada pode ser usado qualquer método contraceptivo (Categoria 1).

Os medicamentos anticonvulsivantes que sejam indutores enzimáticos reduzem a eficácia dos contraceptivos hormonais (orais, transdérmicos, vaginais).

A indução enzimática máxima pode levar 2 a 3 semanas até ser atingida, permanecendo ao longo de cerca de 4 semanas. Se o uso do fármaco for prolongado, o efeito indutor pode permanecer até 8 semanas após o término da terapêutica, sendo indispensável associar outro método durante a toma e até 4 a 8 semanas após a cessação da medicação.

O progestativo injetável, o SIU e o DIU representam os contraceptivos de 1.ª linha nas mulheres medicadas com indutores enzimáticos. Os níveis de progestativo incluídos na injeção trimestral de acetato de medroxiprogesterona são substancialmente mais altos aos necessários para suprimir a ovulação. Pelo que, de todos os contraceptivos hormonais, o progestativo injetável é o que mais mantém eficácia contraceptiva com o uso concomitante de indutores enzimáticos, no entanto não existem estudos que demonstrem este facto.

Os estudos de farmacocinética indicam uma diminuição dos níveis de etonorgestrel nas mulheres utilizadoras de carbamazepina e existem casos descritos de gravidez. No entanto, como o implante é um contraceptivo muito efetivo o risco de falha contraceptiva é menor do que com os outros métodos contraceptivos, por este facto é considerado Categoria 2.

O Valproato de Sódio é um dos anticonvulsivantes mais utilizados. Não é indutor enzimático e, portanto, não altera a eficácia dos contraceptivos hormonais (oral, transdérmico, vaginal, implante, injetável). Tem efeitos teratogénicos e impacto cognitivo negativo. A Agência Europeia do medicamento recomenda não utilizar o valproato de sódio em mulheres em idade fértil a menos que outro medicamento não seja eficaz ou não seja tolerado. Se este fármaco for utilizado deve ser assegurado um contraceptivo muito efetivo.

O Topiramato na dose de ≤ 200 mg dia não tem efeito clínico sobre a eficácia dos CH. Esta evidência é particularmente importante nas mulheres que usam doses baixas de topiramato especialmente na profilaxia da enxaqueca.

O EE altera os níveis séricos de lamotrigina e valproato de sódio. Este efeito sobre o valproato de sódio é modesto e a sua relevância clínica não está esclarecida.

A Lamotrigina é o único antiepiléptico cujo metabolismo é afetado pelo uso de CHC. O EE aumenta (duplica) a clearance da Lamotrigina aumentando a sua eliminação, reduzindo a sua eficácia e levando ao aparecimento de crises convulsivas. Concomitantemente, os níveis de Lamotrigina aumentam no intervalo livre de hormonas do CHC. No uso concomitante de Lamotrigina e CHC, a dose do medicamento deve ser ajustada e sugere-se o uso do CHC em regime contínuo. Não foi verificada esta ação com os progestativos isolados.

A Lamotrigina não tem influência na eficácia do contraceptivo hormonal^{1-5, 11-25}.

(ver Secção F.3: Interações farmacológicas com a contraceção hormonal)

Esclerose múltipla (EM)

Todos os métodos são elegíveis nas mulheres com EM. A única restrição parece existir no uso de CHC nas mulheres com EM com imobilização prolongada ou alterações na mobilidade pelo risco de tromboembolismo. Não existem estudos que avaliem o aumento do risco de tromboembolismo em mulheres com esclerose múltipla e uso de CHC. No entanto as mulheres com EM têm um maior risco de TEV quando comparadas com mulheres sem a doença.

O uso de acetato de medroxiprogesterona associa-se a alterações da mineralização óssea. As mulheres com EM podem ter um compromisso do metabolismo ósseo secundário à dificuldade de mobilidade, imobilização e uso de corticoterapia. Com o uso de progestativo injetável sugere-se vigilância clínica do metabolismo ósseo (Categoria 2/3).

As mulheres com EM a utilizar terapêutica potencialmente teratogénica devem ser aconselhadas a utilizar métodos de longa duração.

A terapêutica com anticorpos monoclonais não parece alterar a eficácia dos contraceptivos hormonais, no entanto, os estudos de interações medicamentosas são limitados.

O Modafinil frequentemente utilizado (*off label*) no tratamento da fadiga crónica na EM reduz a eficácia dos contraceptivos hormonais sistémicos^{1-4,26,27}.

(ver Secção F.3: Interações farmacológicas com a contraceção hormonal)

BIBLIOGRAFIA

1. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
2. Curtis, K. M. *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
3. Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
4. World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS*. (2018).
5. ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* 133, 128–150 (2019).
6. Classification of Headache Disorders, 2013. *Classificação Internacional de cefaleias*. (2014).
7. Sacco, S. *et al.* Hormonal contraceptives and risk of ischemic stroke in women with migraine: a consensus statement from the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESC). *The Journal of Headache and Pain* 18, 108 (2017).
8. Nightingale, A. L. & Farmer, R. D. T. Ischemic Stroke in Young Women. *Stroke* 35, 1574–1578 (2004).
9. Tepper, N. K., Whiteman, M. K., Zapata, L. B., Marchbanks, P. A. & Curtis, K. M. Safety of hormonal contraceptives among women with migraine: A systematic review. *Contraception* 94, 630–640 (2016).
10. Warhurst, S. *et al.* Effectiveness of the progestin-only pill for migraine treatment in women: A systematic review and meta-analysis. *Cephalalgia* 38, 754–764 (2018).
11. Vieira, C. S., Pack, A., Roberts, K. & Davis, A. R. A pilot study of levonorgestrel concentrations and bleeding patterns in women with epilepsy using a levonorgestrel IUD and treated with antiepileptic drugs. *Contraception* 99, 251–255 (2019).
12. Cohen, M. J. *et al.* Fetal antiepileptic drug exposure: Adaptive and emotional/behavioral functioning at age 6years. *Epilepsy & Behavior* 29, 308–315 (2013).
13. Cummings, C., Stewart, M., Stevenson, M., Morrow, J. & Nelson, J. Neurodevelopment of children exposed in utero to lamotrigine, sodium valproate and carbamazepine. *Archives of Disease in Childhood* 96, 643–647 (2011).
14. European Medicines Agency. *CMDh Agrees to Strengthen Warnings on the Use of Valproate Medicines in Women and Girls*. (2014).
15. Dose, D. R. *et al.* Effect of Topiramate or Carbamazepine on the Pharmacokinetics of an Oral Contraceptive Containing Norethindrone and Ethinyl Estradiol in Healthy Obese and Nonobese Female Subjects. *Epilepsia* 44, 540–549 (2003).
16. Christensen, J. *et al.* Oral Contraceptives Induce Lamotrigine Metabolism: Evidence from a Double-blind, Placebo-controlled Trial. *Epilepsia* 48, 484–489 (2007).
17. Contin, M. *et al.* Variation in Lamotrigine Plasma Concentrations with Hormonal Contraceptive Monthly Cycles in Patients with Epilepsy. *Epilepsia* 47, 1573–1575 (2006).
18. Reimers, A. Contraception for women with epilepsy: counseling, choices, and concerns. *Open Access Journal of Contraception* 69 (2016). doi:10.2147/OAJC.S85541.
19. Reimers, A., Brodtkorb, E. & Sabers, A. Interactions between hormonal contraception and antiepileptic drugs: Clinical and mechanistic considerations. *Seizure* 28, 66–70 (2015).
20. Reimers, A., Helde, G. & Brodtkorb, E. Ethinyl Estradiol, Not Progestogens, Reduces Lamotrigine Serum Concentrations. *Epilepsia* 46, 1414–1417 (2005).
21. Reddy, D. S. Clinical pharmacokinetic interactions between anti-epileptic drugs and hormonal contraceptives. *Expert Review of Clinical Pharmacology* 3, 183–192 (2010).
22. Bounds, W. & Guillebaud, J. Observational series on women using the contraceptive Mirena® concurrently with anti-epileptic and other enzyme-inducing drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 28, 78–80 (2002).
23. Lazowitz, A., Davis, A., Swartz, M. & Guiahj, M. The effect of carbamazepine on etonogestrel concentrations in contraceptive implant users. *Contraception* 95, 571–577 (2017).
24. Schindlbeck, C., Janni, W. & Friese, K. Failure of implanon contraception in a patient taking carbamazepin for epilepsy. *Archives of Gynecology and Obstetrics* 273, 255–256 (2006).
25. Lange, J., Teal, S. & Tocce, K. Decreased efficacy of an etonogestrel implant in a woman on antiepileptic medications: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 8, 43 (2014).
26. Zapata, L. B. *et al.* Contraceptive use among women with multiple sclerosis: a systematic review. *Contraception* 94, 612–620 (2016).
27. Houtchens, M. K., Zapata, L. B., Curtis, K. M. & Whiteman, M. K. Contraception for women with multiple sclerosis: Guidance for healthcare providers. *Multiple Sclerosis Journal* 23, 757–764 (2017).

D.8 DOENÇAS PSIQUIÁTRICAS

As doenças psiquiátricas estão entre as condições médicas crónicas mais frequentes nas mulheres em idade reprodutiva, com risco elevado de gravidez não planeada, morbilidade materno-fetal, aborto e de infeções de transmissão sexual. Evitar a gravidez com o uso de um método de contraceção efetivo e a proteção de uma infeção sexualmente transmissível, deve estar entre as estratégias para manter e até melhorar a saúde mental. É fundamental que profissionais de saúde que acompanham a mulher com doença psiquiátrica em consulta, internamento ou instituição a referenciem à consulta de planeamento familiar¹.

Nas últimas edições dos critérios de elegibilidade para o uso de contraceção da OMS, CDC e UKMEC nas mulheres com doença mental existe apenas referência à depressão²⁻⁴. A Sociedade Portuguesa da Contraceção por considerar ser de importância clínica relevante incluiu nesta edição recomendações sobre o uso de contraceção em mulheres com doença bipolar, distúrbios alimentares e com esquizofrenia.

É importante garantir, sempre que possível, que a mulher tem capacidade para fazer uma escolha livre e informada, o que poderá ser particularmente difícil em mulheres com doença mental grave. Nestas circunstâncias o profissional de saúde deve encontrar estratégias para obtenção de consentimento nomeadamente uma fase de estabilidade da doença.

No aconselhamento contraceptivo das mulheres com doença psiquiátrica deve considerar-se a presença de comorbilidades incluindo obesidade, tabagismo, consumo de álcool, drogas ilícitas, risco de automedicação e o risco de interações medicamentosas (ver Secção F.3: Interações farmacológicas com a contraceção hormonal).

Devido ao maior risco de IST's deve ser promovido o uso simultâneo de preservativo.

Na escolha do método de contraceção deve considerar-se o impacto da doença psiquiátrica na capacidade de adesão e continuidade de uso do contraceptivo, devendo privilegiar-se os métodos de longa duração¹.

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
CONDICÃO MÉDICA						
Depressão	1	1	1	1	1	1
Doença bipolar	1	1	1	1	1	1
Distúrbios alimentares	1	1	2/3	1	1	1
Esquizofrenia	1	1	1	1	1	1

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Depressão

Em *mulheres saudáveis* (sem perturbações do humor ou distúrbios de ansiedade) a evidência científica sugere que o uso de contraceptivos hormonais não causa depressão. A redução dos esteróides neuroativos é bem tolerada, verificando-se, no entanto, que existe uma vulnerabilidade individual à ação dos esteróides no cérebro⁵.

É limitada a evidência científica que demonstra que *em mulheres com antecedentes de perturbações do humor ou distúrbios de ansiedade*, o uso de CH pode aumentar de forma grave os sintomas de humor depressivo. No entanto, durante a sua utilização recomenda-se a vigilância clínica com avaliação de sintomas afetivos⁶⁻⁸.

Todos os métodos de contraceção são elegíveis em *mulheres com doença depressiva* (Categoria 1).

O uso de CH (COC, PO, LNG-SIU, AMP) em mulheres com depressão não está associado a um agravamento da doença psiquiátrica^{2-4,7,9}.

No Síndrome Pré-menstrual (SPM) e Síndrome Pré-menstrual Disfórico (SPMD) a COC com drospirenona é considerada a primeira linha terapêutica¹⁰.

As alterações cíclicas do humor que ocorrem durante a ovulação ou menstruação respondem melhor às formulações monofásicas do que às multifásicas de CHC. Os sintomas afetivos associados à queda do nível de estrogênios durante a pausa ou à toma de comprimidos placebo podem ser ultrapassados com o uso contínuo do contraceptivo (omissão da semana de pausa ou eliminação dos comprimidos placebo)¹¹.

No pós-parto não existe evidência clínica de associação entre o uso de contraceção hormonal e a incidência de depressão¹².

São limitados os estudos sobre o uso de CH nas *mulheres com depressão pós-parto*, no entanto, o uso é recomendado, pois o risco de uma nova gravidez está associado um prognóstico obstétrico adverso⁷.

Os antidepressivos mais frequentemente utilizados – *Fluoxetina, citalopram, escitalopram, sertalina, venlafaxina e duloxetine* não interferem com a eficácia da CH, incluindo COC. Em contraste existem dúvidas sobre a interferência da *amitriptilina, nortriptilina, fenilzina* utilizados na terapêutica da depressão crônica refratária na eficácia da CH¹. A erva de St. John's um antidepressivo natural também interfere na eficácia da CH (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*).

Doença bipolar

Todos os métodos de contraceção são elegíveis em *mulheres com Doença Bipolar* (Categoria 1). O uso de CH (COC, PO, LNG-SIU, AMP) em mulheres com Doença bipolar não está associado a um agravamento da doença psiquiátrica⁷.

Distúrbios alimentares

As mulheres com anorexia (AN), mesmo em amenorreia, necessitam de contraceção.

Nas adolescentes, tal como na ausência de doença, os métodos de longa duração incluindo implante, SIU e DIU devem ser considerados métodos de primeira linha pela sua segurança e efetividade (ver Secção C.3: *Contraceção na adolescência*)¹³.

Não existe evidência científica de que o uso de CH tenha um impacto negativo no curso da doença.

Existe uma preocupação dos profissionais de saúde de que a presença de hemorragia de privação relacionada com o uso de CHC interfira na autopercepção do controle de doença. No entanto, o balanço entre este risco e o de uma gravidez não planeada é favorável ao uso de contraceção.

O uso de CHC parece ser um contributo positivo (manutenção e aumento) densidade mineral óssea nas adolescentes com distúrbios alimentares (as jovens com AN e que usam CHC têm uma maior densidade mineral óssea, e este resultado é melhor nas jovens em que o intervalo de entre o início da doença e o uso de CHC é menor). O seu uso deve ser ponderado em função do risco tromboembólico em períodos de imobilização prolongada.

A via de utilização da CHC deve ser adaptada ao comportamento alimentar (restrição vs indução de vômito) devendo ser privilegiadas as formulações não orais.

Não existem estudos sobre o efeito do uso dos contraceptivos com progestativo isolado na densidade mineral óssea nas adolescentes com AN. Os dados publicados sobre o seu uso em mulheres saudáveis podem dar uma evidência indireta sobre o potencial impacto. Em jovens saudáveis, o acetato de medroxiprogesterona tem um impacto negativo na densidade mineral óssea e por isso não deve ser utilizado em adolescentes com AN^{14,15}.

Esquizofrenia

Os estudos científicos sobre o uso de contraceção em doenças mentais graves incluindo a esquizofrenia são escassos e pouco robustos.

Todos os métodos de contraceção são elegíveis em *mulheres com Esquizofrenia* (Categoria 1). Não existe evidência científica de que o uso de CH tenha um impacto negativo no curso da doença.

Os métodos de longa duração pela sua maior eficácia e efetividade devem ser considerados como primeira opção nestas doentes. É fundamental que seja explicado (e seja entendido) a alteração do padrão hemorrágico com o uso de métodos hormonais só com progestativo¹⁶⁻¹⁸.

BIBLIOGRAFIA

- Hall, K. S., Steinberg, J. R., Cwiak, C. A., Allen, R. H. & Marcus, S. M. Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 212, 740–746 (2015).
- Curtis, K. M. *et al.* U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. *MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. Uk Medical Eligibility Criteria. (2016).
- WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. *WHO* (2015).
- Robakis, T., Williams, K. E., Nutkiewicz, L. & Rasgon, N. L. Hormonal Contraceptives and Mood: Review of the Literature and Implications for Future Research. *Current Psychiatry Reports* 21, (2019).
- Lewis, C. A. *et al.* Effects of Hormonal Contraceptives on Mood: A Focus on Emotion Recognition and Reactivity, Reward Processing, and Stress Response. *Current Psychiatry Reports* 21, (2019).
- Pagano, H. P., Zapata, L. B., Berry-Bibee, E. N., Nanda, K. & Curtis, K. M. Safety of hormonal contraception and intrauterine devices among women with depressive and bipolar disorders: a systematic review. *Contraception* 94, 641–649 (2016).
- Worly, B. L., Gur, T. L. & Schaffir, J. The relationship between progestin hormonal contraception and depression: a systematic review. *Contraception* 97, 478–489 (2018).
- ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* 133, 128–150 (2019).
- Rapkin, A. J., Korotkaya, Y. & Taylor, K. C. Contraception counseling for women with premenstrual dysphoric disorder (PMDD): current perspectives. *Open Access Journal of Contraception* Volume 10, 27–39 (2019).
- Edelman, A. *et al.* contraceptives for contraception (Review). (2014). doi:10.1002/14651858.CD004695.pub3.www.cochranelibrary.com
- Ti, A. & Curtis, K. M. Postpartum hormonal contraception use and incidence of postpartum depression: a systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 24, 109–116 (2019).
- Sociedade Portuguesa da Contraceção, S. P. de M. do A. & S. P. de P. Contraceção na adolescência: Recomendações para o Aconselhamento na adolescência. (2016).
- Maimoun, L. *et al.* Oral contraceptives partially protect from bone loss in young women with anorexia nervosa. *Fertility and sterility* 111, 1020–1029.e2 (2019).
- Merki-Feld, G. S. & Bitzer, J. Contraception in adolescents with anorexia nervosa. Is there evidence for a negative impact of combined hormonal contraceptives on bone mineral density and the course of the disease? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 25, 213–220 (2020).
- Seeman, M. V. & Ross, R. Prescribing contraceptives for women with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice* 17, 258–269 (2011).
- Lozano, M., Obiol, M. A., Peiró, J., Iftimi, A. & Ramada, J. M. Professional counseling in women with serious mental illness: achieving a shift toward a more effective contraceptive method. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology* 0, 1–7 (2020).
- Oliver, R. Contraceptive and sexual health care issues in women with schizophrenia. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 39, 289–291 (2013).

D.9 VIH / IMUNODEFEICIÊNCIA

CONTRACEÇÃO EM MULHERES VIH OU ALTO RISCO DE VIH

A infecção VIH mantém-se como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Em 2018, estimou-se que 37,9 milhões de pessoas vivem com VIH, com uma prevalência global de 0,8% entre os adultos. A maioria são mulheres (18,2 milhões) e crianças (1,8 milhões de crianças)^{1,2}.

Os métodos hormonais e o DIU cobre não protegem das infecções de transmissão sexual incluindo VIH.

Nas mulheres com alto risco de infeção VIH e com infeção VIH, é fundamental promover a “dupla proteção”: uso de preservativo feminino/masculino associado a um método de contraceção efetivo.

O rastreio da infeção VIH e de outras ITS deve ser incluído nas consultas de Planeamento Familiar, sendo particularmente importante nas áreas de elevada prevalência de infeção. O teste de rastreio para o VIH deve ser disponibilizado aos companheiros/companheiras de parceiros com VIH.

A presença de infeção VIH ou o aumento do risco de infeção VIH não pode condicionar o acesso à contraceção e a um método efectivo recomendando-se que os Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva integrem na sua rede de cuidados as mulheres com risco ou com infeção VIH.

A prevenção da gravidez não desejada e o aconselhamento preconcepcional nas mulheres que vivem com VIH é uma prioridade, protegendo a saúde da mulher e contribuindo para a prevenção da transmissão vertical.

Segundo as orientações mais recentes, o termo:

- **infeção por VIH** é substituído por **infeção VIH assintomática ou ligeira** (Estadio 1 e 2 da OMS),
- **SIDA** é substituído por **infeção VIH grave ou avançada** (Estadio 3 e 4 da OMS)³.

CRITÉRIOS DE ELIGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACEÇÃO NAS MULHERES COM VIH OU RISCO DE VIH

Todos os métodos de contraceção são elegíveis em mulheres com alto risco de VIH.

Nas mulheres com VIH sob TARV associada a outras medicações, CH deve ser utilizada com restrições, considerando o risco de interações medicamentosas (Quadro 1) (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)³⁻⁹.

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU-Cu
1. Alto risco de infeção VIH	1	1	1	1	1	1(i) (c)
2. Infeção VIH assintomática ou ligeira (Estadio 1 e 2 da OMS)	1	1	1	1	1(i) (c)*	1(i) (c)*
3. Infeção VIH grave ou avançada (Estadio 3 e 4 da OMS)	1	1	2/3	1	1	1
4. Mulheres com infeção VIH sob TARV						
(4.1) NRTIs Nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa	1	1	1	1	1/2(i) 1(c)	1/2(i) 1(c)*
(4.2) NNRTIs Nucleosídeos não inibidores da transcriptase reversa						
Efavirenze	2	2	1	2	1/2(i) 1(c)	1/2(i) 1(c)*
Etravirine	1	1	1	1	1/2(i) 1(c)	1/2(i) 1(c)*
Nevirapina	2	2	1	2	1/2(i) 1(c)	1/2(i) 1(c)*
Rilpivirine	1	1	1	1	1/2(i) 1(c)	1/2(i) 1(c)*
(4.3) Inibidores da protease	2	2	1	2	1/2(i) 1(c)	1/2(i) 1(c)*
(4.4) Inibidores da integrase Raltegravir	1	1	1	1	1/2(i) 1(c)	1/2(i) 1(c)*

*ver informação adicional sobre contraceção intrauterina em mulheres com VIH

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Mulheres com alto risco de infeção VIH

O risco de infeção VIH depende da incidência de infeção na comunidade residente e de fatores de risco individual. Os programas de planeamento familiar devem ser estabelecidos em articulação com os programas nacionais de prevenção VIH utilizando os dados epidemiológicos nacionais.

Nas mulheres com alto risco para infeção VIH todos os métodos de contraceção hormonais e o dispositivo intrauterino de cobre são elegíveis (Categoria 1).

Nos últimos 30 anos os estudos publicados sugeriam um risco potencial entre o uso de contraceção hormonal e o risco de infeção VIH. Este risco estava particularmente associado ao uso de acetato de medroxiprogesterona (Categoria 2). Estes estudos, tinham uma evidência de qualidade baixa ou baixo a moderada devido a limitações por factores de envezamento. O estudo *Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes* (ECHO), randomizado, promovido pela OMS, incluiu 7830 mulheres, não mostrou diferença estatisticamente significativa sobre o risco de infeção VIH nas mulheres utilizadoras de progestativo injectável *versus* utilizadoras de DIU-cobre e de utilizadoras de progestativo injectável *versus* implante de levonorgestrel e DIU-cobre *versus* Implante de levonorgestrel, passando a classificação para Categoria 1.

A eficácia dos CH não é afectada pela utilização de terapêutica profiláctica para o VIH: pre-exposição (PrEP) e pós-exposição (PPE)³⁻⁹.

Mulheres com infeção VIH

Segundo o CDC, todos os métodos contraceptivos são Categoria 1 nas mulheres com infeção VIH incluindo as mulheres sob TARV. Nas mulheres com infeção VIH a colocação de DIU cobre/SIU LNG é classificada como Categoria 2 se a mulher não esta estável ou não faz TARV. Nas restantes situações a introdução e continuação de uso de DIU cobre/SIU LNG é classificada como Categoria 1^{6,7}.

Segundo a OMS, todos os métodos contraceptivos são Categoria 1 ou 2 nas mulheres com infeção VIH incluindo as mulheres sob TARV, exceto o início de contraceção intrauterina (DIU, SIU-LNG) nas mulheres em estágio 3 e 4 da infeção HIV (Categoria 3)^{3,4,9}.

A evidência científica demonstra de que a contraceção hormonal não tem impacto na progressão da infeção VIH¹⁰⁻¹².

A evidência científica demonstra de que a excreção genital de RNA viral não é afetada pelo uso de contraceção hormonal¹⁰⁻¹².

Uso de TARV e contraceção hormonal

A maioria dos estudos de farmacocinética realizados com o uso de TARV e contraceção hormonal foram realizados em regime de monoterapia. A maioria das mulheres com VIH faz TARV em associação.

A evidência científica atual demonstra que:

Não existe interferência dos *Nucleosídeos Inibidores da Transcriptase Reversa* com a contraceção hormonal independentemente da via de administração (Categoria 1).

Os estudos de farmacocinética demonstram uma diminuição dos níveis de progestativo com o uso de Efavirenze e Nevirapina - *Nucleosídeos Não Inibidores da Transcriptase Reversa*, nos CHC, PO e implante, no entanto a taxa de gravidez não foi diferente das mulheres não utilizadoras destes TARV. A OMS e o CDC consideram o uso destes contraceptivos como o Efavirenze ou a Nevirapina isolados ou em associação como Categoria 2^{4,6,7,12,13}.

Nas mulheres VIH utilizadoras de SIU-LNG o padrão hemorrágico, reservas de ferro e a função ovárica é semelhante ao verificado nas mulheres saudáveis^{14,15}.

O uso concomitante de TARV (Efavirenze e Lopinavir/Ritonavir) e implante pode alterar o padrão hemorrágico expectável, no entanto, a presença do padrão hemorrágico problemático foi independente do tipo de TARV (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)¹⁶.

Não existem limitações no uso de métodos cirúrgicos de contraceção definitiva. Recomenda-se diferir a cirurgia na presença de infeções agudas relacionadas com a infeção VIH^{4,7,12}.

BIBLIOGRAFIA

- UNAIDS. Global HIV and AIDS statistics 2019 Fact sheet. *Global HIV and AIDS statistics, World AIDS day 2019 Fact Sheet* 1, 1–6 (2019).
- WHO. *Consolidated guideline on sexual and reproductive health and rights of women living with HIV. Who* (2017). doi:10.3390/s16030417
- WHO. *Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV.* (2019).
- WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO* (2015).
- WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use. *Selected practice recommendations for contraceptive use - 3rd ed.* 275, 429–432 (2016).
- Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
- Tepper, N. K., Curtis, K. M., Cox, S. & Whiteman, M. K. Update to U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016: Updated recommendations for the use of contraception among women at high risk for HIV infection. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 69, 405–410 (2020).
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Uk Medical Eligibility Criteria.* (2016).
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS.* (2018).

- Heikinheimo, O., Lehtovirta, P., Aho, I., Ristola, M. & Paavonen, J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system in human immunodeficiency virusinfected women: Z 5-year follow-up study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 204, 126.e1-126.e4 (2011).
- Fok, W. K. & Blumenthal, P. D. HIV and contraception. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 29, 419–426 (2017).
- Patel, R. C., Bukusi, E. A. & Baeten, J. M. Current and future contraceptive options for women living with HIV. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 19, 1–12 (2018).
- Pyra, M. et al. HHS Public Access Author manuscript Effectiveness of Hormonal Contraception in HIV-Infected Women using Antiretroviral Therapy: A Prospective Study. 29, 2353–2359 (2016).
- Heikinheimo, O., Lehtovirta, P., Suni, J. & Paavonen, J. The levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) in HIV-infected women - Effects on bleeding patterns, ovarian function and genital shedding of HIV. *Human Reproduction* 21, 2857–2861 (2006).
- Ragazini, C. S. et al. Bleeding patterns of HIV-infected women using an etonogestrel-releasing contraceptive implant and efavirenz-based or lopinavir/ritonavir-based antiretroviral therapy. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 21, 285–289 (2016).

D.10 TUBERCULOSE

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
CONDIÇÃO MÉDICA						
Tuberculose não pélvica	1	1	1	1	1	1
Tuberculose pélvica	1	1	1	1	4i/3c	4i/3c
Sob terapêutica com:						
▪ Rifampicina ou Rifabutina	3	3	1	2	1	1

i-iniciação; c-continuação

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

A Tuberculose é uma condição médica em que a gravidez não planeada está associada a um risco elevado de desfecho desfavorável (materno, fetal e neonatal) (ver Secção A: *Introdução*).

A introdução de um SIU ou DIU pode agravar substancialmente a tuberculose pélvica.

Numa utente utilizadora de contraceção intrauterina que desenvolva tuberculose pélvica deve ser ponderado individualmente a continuação deste método contraceutivo.

O uso de Rifampicina interfere na eficácia da CHC, PO e o uso de outro contraceutivo deve ser aconselhado ou a associação de um contraceutivo barreira. A eficácia contraceutiva do acetato de medroxiprogesterona injetável não é afetada pelo uso terapêutico de Rifampicina ou Rifabutina (ver capítulo de *Interações Farmacológica com a Contraceção Hormonal*).

A evidência clínica sobre a interferência da Rifabutina na eficácia contraceutiva dos CHC é limitada, e parece ser menor do que com a Rifampicina, devendo, no entanto, manter-se a indicação do uso de contraceção barreira ou a mudança de contraceutivo (ver Secção F.3: *Interações farmacológicas com a contraceção hormonal*)¹⁻⁶.

BIBLIOGRAFIA

- Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* 65, (2016).
- WHO. *Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO* (2015).
- World Health Organization Department of Reproductive Health and Research, Hopkins, J., For, B. S. of P. H. C. for C. P. K. for & Health project. *Family Planning A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS.* (2018).
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Uk Medical Eligibility Criteria.* (2016).
- FSRH. *Clinical Guidance : Drug Interactions with Hormonal Contraception Drug Interactions with Hormonal Contraception.* 1–12 (2018).
- Simmons, K. B., Haddad, L. B., Nanda, K. & Curtis, K. M. Drug interactions between rifamycin antibiotics and hormonal contraception: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 125, 804–811 (2018).

D.11 TRANSPLANTE DE ÓRGÃOS SÓLIDOS

MÉTODO	CHC (O,T,V)	PO	PROGESTATIVO INJETÁVEL	IMPLANTE	SIU-LNG	DIU COBRE
CONDIÇÃO MÉDICA						
Complicado	4	2	2	2	3i/2c	3i/2c
Não complicado	2	2	2	2	2i/2c	2i/2c

i-iniciação; c-continuação

COMENTÁRIOS ADICIONAIS

A maioria das mulheres com após transplante de órgão sólido (fígado, rim) sem complicações tem ciclos menstruais regulares ao fim de 7 meses e a qualidade de vida incluindo a atividade sexual recuperam para níveis antes da doença. É fundamental um aconselhamento efetivo de forma a diferir a gravidez permitindo estabilizar a imunossupressão e avaliar a funcionalidade do órgão transplantado.

Apesar da necessidade, apenas a CDC publicou recomendações para contraceção nas mulheres com transplante de órgão sólido.

As mulheres transplantadas são aconselhadas a programar e a aguardar pelo menos 1 ano até a concepção. No entanto o prognóstico da gravidez melhora com a duração do transplante, e diferir a gravidez para um intervalo de tempo superior a 2 anos é o adequado. A gravidez não planeada num intervalo < 2 anos após um transplante de órgão sólido é considerado como uma condição médica associada a um risco elevado de desfecho desfavorável (materno, fetal e neonatal) (ver Secção A: Introdução).

A maioria das mulheres com após transplante de órgão sólido (fígado, rim) sem complicações tem ciclos menstruais regulares ao fim de 7 meses e a qualidade de vida incluindo a atividade sexual recuperam para níveis antes da doença. É fundamental um aconselhamento efetivo de forma a diferir a gravidez permitindo estabilizar a imunossupressão e avaliar a funcionalidade do órgão transplantado.

Os CHC são elegíveis para mulheres com transplante não complicado. Deve, no entanto, considerar-se as interações medicamentosas e a presença de comorbilidades.

As mulheres com Síndrome de Budd-Chiari não são elegíveis para o uso de CHC pelo risco trombótico (Categoria 4).

O transplante de órgãos sólidos complicado (falência aguda ou crónica do enxerto, rejeição e vasculopatia associado ao enxerto) o uso de CHC é Categoria 4.

O uso de progestativo isolado é Categoria 2 para as mulheres com transplante não complicado e complicado. O uso de progestativo injetável deve ser individualizado pelo risco acrescido de osteoporose.

A evidência científica demonstra que a eficácia contraceptiva do SIU e DIU não é influenciada pela terapêutica imunossupressora.

Os estudos publicados são pequenos, mas parecem evidenciar a segurança no uso de SIU nas mulheres com transplante. Um estudo piloto com avaliação de biomarcadores inflamatórios com o uso de SIU em mulheres transplantadas e não transplantadas não mostrou alterações entre os grupos. Um outro estudo demonstrou segurança e eficácia do SIU por 7 anos nas mulheres transplantadas sob imunossupressão, com o benefício não contraceptivo de tratamento da HUA¹⁻⁶.

(ver Secção F.3: Interações farmacológicas com a contraceção hormonal)

BIBLIOGRAFIA

1. Curtis, K. M. et al. *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2016. MMWR. Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report. Recommendations and reports / Centers for Disease Control* **65**, (2016).
2. Juliato, C. R. T., Stahlschmidt, P., Fernandes, A., Monteiro, I. & Bahamondes, L. A case series on the use of levonorgestrel 52 mg intrauterine system after organ transplant. *Contraception* **98**, 252–254 (2018).
3. Kim, C. R. et al. Immunologic evaluation of the endometrium with a levonorgestrel intrauterine device in solid organ transplant women and healthy controls. *Contraception* **94**, 534–540 (2016).
4. Huguelet, P. S., Sheehan, C., Spitzer, R. F. & Scott, S. Use of the levonorgestrel 52-mg intrauterine system in adolescent and young adult solid organ transplant recipients: a case series. *Contraception* **95**, 378–381 (2017).
5. Paulen, M. E., Folger, S. G., Curtis, K. M. & Jamieson, D. J. Contraceptive use among solid organ transplant patients: a systematic review. *Contraception* **82**, 102–112 (2010).
6. Sridhar, A., Cwiak, C. A., Kaunitz, A. M. & Allen, R. H. Contraceptive Considerations for Women with Gastrointestinal Disorders. *Digestive Diseases and Sciences* **62**, 54–63 (2017).

Secção E

Contraceção e Fertilidade

Contraceção e Fertilidade

A contraceção é um dos pilares da saúde reprodutiva cuja generalização mudou dramaticamente a estrutura da população mundial nos últimos 50 anos.

A primeira questão que se coloca quando se institui uma prática contracetiva é, naturalmente, a sua eficácia e a ausência de efeitos secundários indesejáveis. Estes aspetos são objeto de revisão e recomendações noutras secções desta publicação pelo que abordaremos somente as implicações que as diferentes práticas contracetivas poderão ter na fertilidade. Neste sentido reunimos as questões mais frequentemente colocadas pelos profissionais de saúde no âmbito de uma abordagem global da saúde reprodutiva, que deve focar simultaneamente evitar uma gravidez não desejada e a possibilidade de obter essa gravidez, quando planeada, num futuro mais ou menos próximo.

E.1 QUAL A IMPORTÂNCIA DE PROMOVER A EDUCAÇÃO PARA A FERTILIDADE?

Nos últimos anos tem-se assistido em Portugal a uma tendência para o adiamento da gravidez para a 4.ª década de vida. Esta situação resulta de vários fatores sendo os mais frequentemente invocados a crise económica, o desemprego dos jovens, a dificuldade em obter estabilidade no trabalho, a sustentabilidade financeira, e a separação física dos casais jovens (por motivos laborais, necessidade de emigração) e pelo reduzido apoio social à maternidade). Assim, as mulheres vão adiando a decisão de engravidar, esperando por condições socioeconómicas mais favoráveis.

A literatura e a experiência têm-nos mostrado que a população em geral não tem uma noção clara que a fecundidade diminui com a idade da mulher, tornando a concretização do projeto parental progressivamente mais difícil, sobretudo depois dos 35 anos, mesmo na ausência de qualquer patologia. Um estudo recente realizado no nosso país comprova que existe um nível elevado de desconhecimento dos jovens em idade reprodutiva relativamente a fatores de risco de infertilidade sendo crucial **promover o aumento da literacia** nesta matéria, recorrendo aos meios que os jovens inquiridos referem como sendo as suas principais fontes de informação: as aplicações para sistemas móveis e a internet em geral¹.

Os profissionais de saúde devem informar sobre a redução da fecundidade associada à idade². Com o avançar da idade, a mulher está exposta a maior risco de patologia ginecológica, de que se destaca a endometriose e as infeções de transmissão sexual, ambas podendo contribuir para o risco de infertilidade. Naturalmente que **aos profissionais de saúde compete não apenas informar sobre métodos de controlo da fertilidade, mas também promover o conhecimento sobre fatores de risco e possibilidades de prevenir a infertilidade.**

E.2 EXISTE IMPACTO NEGATIVO NA FERTILIDADE PELO USO DE CONTRACEÇÃO?

Volvidas mais de cinco décadas de utilização de contraceção hormonal, podemos hoje afirmar que **os diferentes métodos contracetivos não têm impacto sobre a fertilidade ulterior das mulheres.**

Pode observar-se um ligeiro aumento do intervalo necessário para conceber após utilização prolongada de contraceção hormonal, apesar de **a maioria das mulheres retomar ciclos ovulatórios nos meses que seguem à paragem do método contracetivo**³. Apenas a utilização de acetato de medroxiprogesterona, pode estar associada a um atraso no retorno dos ciclos menstruais regulares, pela persistência de metabolitos ativos em circulação durante períodos mais ou menos prolongados⁴ (ver Secção B.4.3: *Contraceção progestativa injectável*).

E.3 A CONTRACEÇÃO AUMENTA O RISCO DE INFEÇÃO E DE INFERTILIDADE SUBSEQUENTE?

É consensual que a utilização de diferentes métodos de contraceção hormonal e de barreira não tem efeito deletério sobre a fertilidade subsequente e poderá mesmo protegê-la, reduzindo o risco de transmissão de infeções.

Nos últimos anos tem sido proposto o alargamento da utilização da contraceção intrauterina de forma muito ampla, mesmo em nulíparas, o que tem subjacente o pressuposto que o risco infeccioso é dependente do comportamento sexual, situação que deverá motivar especial atenção quando se discute este tipo de contraceção com jovens⁵. Neste grupo etário deve promover-se, a par da vacinação contra o HPV, a prática da dupla proteção, pelo benefício na redução da transmissão de infeções associada à utilização do preservativo. Esta conduta contribuirá para reduzir o a incidência de infertilidade de causa tubo-peritoneal a longo prazo (ver Secções B.4.5 *Contraceção Intrauterina* e C.3 *Contraceção na Adolescência*).

E.4 O USO DE CONTRACEÇÃO HORMONAL PODE ATRASAR O DIAGNÓSTICO DE ALGUMAS DOENÇAS, NOMEADAMENTE A ENDOMETRIOSE?

A endometriose é uma doença enigmática, por vezes difícil de diagnosticar, podendo decorrer 5 a 10 anos desde o início da sintomatologia até ao diagnóstico, sendo responsável por dores pélvicas e infertilidade. A dificuldade no diagnóstico leva também a que a sua prevalência seja difícil de calcular, sendo mais elevada nas mulheres em idade reprodutiva, estimando-se que possa atingir 2 a 10% das adolescentes⁶.

A contraceção hormonal para a maioria das mulheres é segura. No entanto, não podemos excluir o facto de **em algumas mulheres se poder atrasar o diagnóstico de endometriose. Deve salientar-se que este atraso no diagnóstico não tem habitualmente consequências** já que a supressão da dor é benéfica na qualidade de vida e a infertilidade só poderá revelar-se uma vez decidida a suspensão da contraceção^{7,8}.

Efetivamente, apesar de os contraceptivos hormonais combinados reduzirem substancialmente o fluxo menstrual e assim podem, hipoteticamente, reduzir a probabilidade de implantação de células endometriais que refluam retrogradamente através das trompas de Falópio, a sua utilização com o intuito de reduzir o risco de endometriose não é consensual. Não é possível excluir a possibilidade de um aparente efeito protetor ser apenas resultante de um adiamento da avaliação clínico-cirúrgica, decorrente da supressão temporária da sintomatologia dolorosa, a qual sofre um recrudescimento após suspensão dos contraceptivos⁹.

Numa sociedade em que a atividade sexual se inicia cada vez mais cedo, a ausência de contraceção, com a consequente ocorrência de gravidezes não desejadas e recurso ao aborto, pode acarretar mais riscos para a fertilidade do que uma prática contraceptiva adequada e vigiada.

E.5 O USO DE CONTRACEÇÃO HORMONAL PODE PROLONGAR A FERTILIDADE?

A utilização de contraceptivos hormonais não parece modificar a duração da vida reprodutiva da mulher.

A depleção folicular, que inexoravelmente ocorre com a idade, não é afetada pela contraceção hormonal. Efetivamente, apesar de se verificar uma modificação significativa do aspeto morfológico dos ovários em ecografia, com redução do número de folículos antrais, e mesmo da secreção de hormona anti-Mulleriana (AMH), por inibição da formação de folículos pré-antrais e antrais, o pool de folículos primordiais não é afetado pela supressão da função ovárica.

Assim, **uma avaliação da reserva ovárica adequada só pode ser realizada após suspensão da contraceção hormonal durante 3 meses**, para evitar atribuir uma redução significativa da reserva ovárica ao efeito do contraceptivo, mascarando, assim, o risco de falência ovárica precoce. Deve realçar-se que este efeito da contraceção hormonal só se verifica ao fim de 3 meses de utilização, pelo que com menor duração terá impacto muito reduzido nos parâmetros de avaliação da reserva ovárica. Esta situação decorre da existência de uma fase inicial de desenvolvimento folicular independente das gonadotrofinas, tornando-se os folículos sensíveis ao efeito destas hormonas apenas no estágio antral. Sendo os estádios iniciais do recrutamento folicular independentes das gonadotrofinas, este processo ocorre de forma contínua, mesmo na presença de níveis séricos reduzidos destas hormonas, pelo que a **utilização de contraceção hormonal não influencia a idade da menopausa**.

Nesta perspetiva, é missão fundamental dos profissionais de saúde, particularmente daqueles que têm contacto privilegiado com os jovens, promover a discussão do projeto reprodutivo e da sexualidade segura ao longo da vida reprodutiva. A este propósito a Direção Geral da Saúde definiu recentemente como objetivos da consulta pré-concepcional, entre outros: contribuir para o sucesso da gravidez através da identificação precoce de fatores de risco modificáveis; estabelecer o risco de anomalia reprodutiva e propor medidas tendentes à sua minimização ou eliminação (Direção Geral da Saúde, 2015).

E.6 PODE A CONSULTA DE PF DETETAR PRECOCEMENTE CONDIÇÕES MÉDICAS QUE PODEM COMPROMETER A FERTILIDADE NO FUTURO?

Promover o planeamento familiar não é apenas garantir o acesso a métodos de contraceção eficazes, mas também planear a gravidez e promover uma sexualidade segura.

Nos jovens do sexo masculino, a **identificação e eventual tratamento precoce** de uma patologia frequente, mas insidiosa como é o **varicocele**, poderá contribuir para a redução da infertilidade ulterior. A identificação precoce desta situação deve motivar a referenciação para avaliação mais detalhada e terapêutica atempada.

Deve ser promovido a divulgação de informação sobre a importância da proteção da fertilidade, com comportamentos sexuais seguros e promoção de vida saudável, incluindo dieta equilibrada, prática de exercício e a ausência de consumo de drogas, álcool, tabaco e outras substâncias nocivas.

EM RESUMO

A promoção da saúde reprodutiva visa uma vida sexual responsável, gratificante e segura e a regulação da fertilidade. Para tal é fundamental difundir informação atual, completa e acessível, promover o acesso à saúde e proteger os direitos sexuais e reprodutivos.

Num país em que a rede de planeamento familiar promove o livre acesso a consultas, métodos de contraceção e aborto seguro, importa desenvolver a promoção da preservação e proteção da fertilidade, implementando políticas e campanhas de informação sobre comportamentos e hábitos potencialmente causadores de infertilidade.

BIBLIOGRAFIA

- Almeida-Santos, T, Melo C, Macedo A, Moura-Ramos M (2016). Are women and men well informed about fertility? Childbearing intentions, fertility knowledge and information gathering sources in Portugal (in press)
- Revelli, A., Razzano, A., Delle Piane, L., Casano, S., & Benedetto, C. (2016). Awareness of the effects of postponing motherhood among hospital gynecologists: is their knowledge sufficient to offer appropriate help to patients? *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 33(2), 215-220. <http://doi.org/10.1007/s10815-015-0640-x>
- Fraser, I. S., & Weisberg, E. (1982). Fertility following discontinuation of different methods of fertility control. *Contraception*, 26(4), 389-415. [http://doi.org/10.1016/0010-7824\(82\)90105-6](http://doi.org/10.1016/0010-7824(82)90105-6)
- Schwallie, P.C., Assenzo, J. R.(1974). The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: a rev. *Contraception*, 10(2), 181-202.
- Black, A., Guilbert, E., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mansouri, S. (2016). Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 – Intrauterine Contraception. *J Obstet Gynaecol Can*, 38(2), 182-222.
- Eskenazi, B; Warner, M. (1997). EPIDEMIOLOGY OF ENDOMETRIOSIS. *Obstetrics and Gynecology Clinics*, 24(2), 235-258.
- Harel Z. (2008). Dysmenorrhea in adolescents. *Ann N Y Acad Sci*, (1135), 185-95. <http://doi.org/10.1196/annals.1429.007>
- Consenso sobre Endometriose. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. 2015
- Vercellini, P., Eskenazi, B., Consonni, D., Somigliana, E., Parazzini, F., Abbiati, A., & Fedele, L. (2011). Oral contraceptives and risk of endometriosis: A systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*, 17(2), 159-170. <http://doi.org/10.1093/humupd/dmq042>

Secção F

Outros

Outros

F.1 REGIMES TERAPÊUTICOS PARA AS ALTERAÇÕES PROBLEMÁTICAS DO PADRÃO HEMORRÁGICO COM A CONTRACEÇÃO HORMONAL

A administração exógena de hormonas esteroides, na forma de contraceção hormonal influencia a histologia endometrial.

O mecanismo exato da perda hemática problemática associada a contraceção hormonal é desconhecido. A evidência sugere que são fatores determinantes a fragilidade dos vasos superficiais do endométrio, alterações locais na resposta endometrial às hormonas esteróides, a integridade estrutural, perfusão tecidual, fatores angiogénicos locais e o tabagismo^{1,2}.

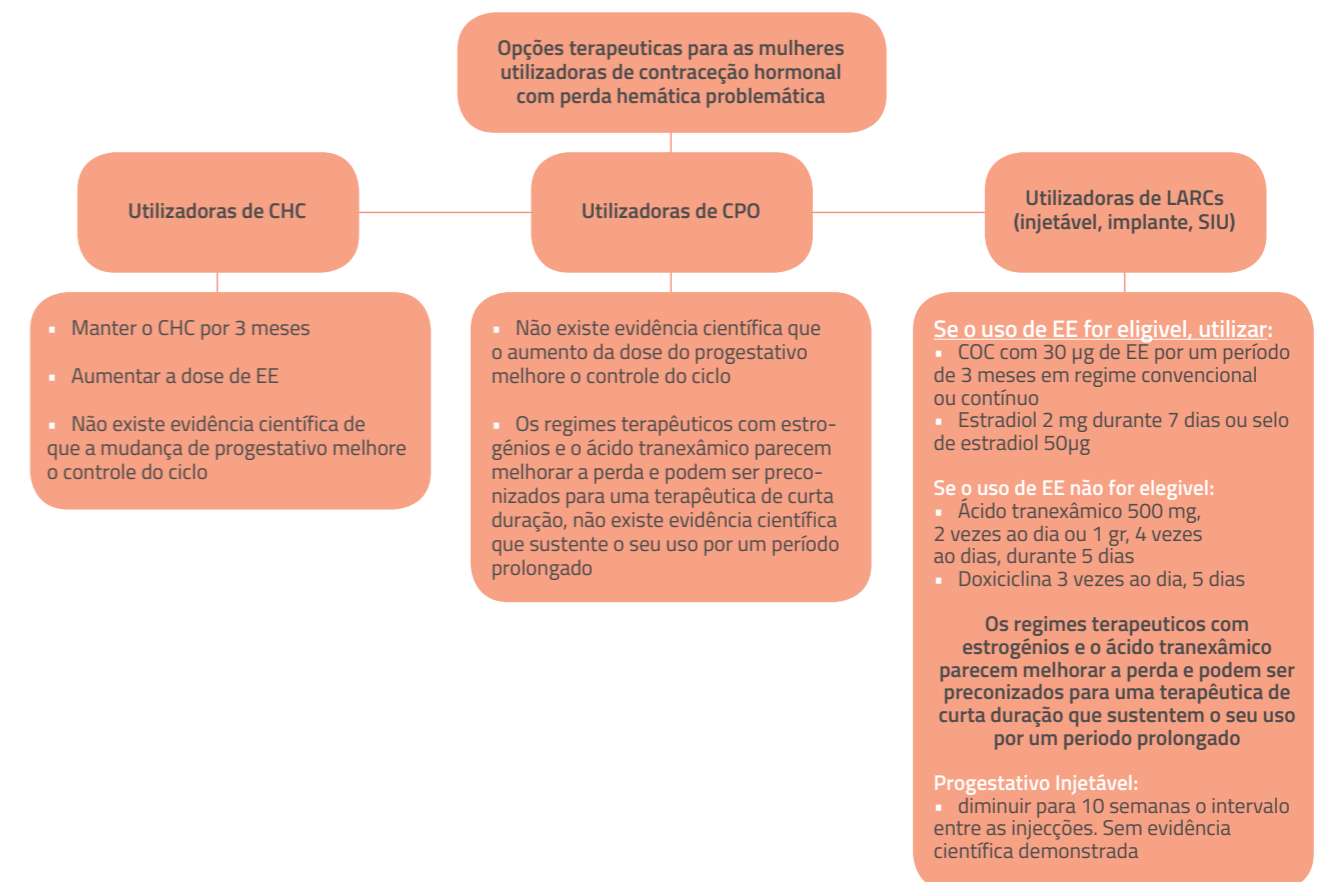
Não existe uma orientação terapêutica com evidência científica demonstrada para o controle do padrão hemorrágico problemático com o uso de contraceção hormonal³⁻⁶ (Quadro 1).

Nas mulheres utilizadoras de contraceção hormonal que apresentem perda hemática problemática deve considerar-se⁵:

- A possibilidade de gravidez;
- O tipo de método em uso e a sua duração;
- A adesão ao método;
- Utilização concomitante de outras medicações incluindo medicações de prescrição não obrigatória, produtos de uso dietético;
- Presença de doença crónica que interfira na absorção;
- Rastreio cervical atualizado;
- Rastreio de IST negativo;
- Padrão hemorrágico antes do início do contraceativo hormonal;
- Outros sintomas associados à perda hemática.

QUADRO 1

Regimes terapêuticos propostos para a normalização do padrão hemorrágico com a contraceção hormonal.



BIBLIOGRAFIA

- Jabbour, H. N., Kelly, R. W., Fraser, H. M. & Critchley, H. O. D. Endocrine Regulation of Menstruation. *Endocrine Reviews* 27, 17–46 (2006).
- Smith, O. P. M. & Critchley, H. O. D. Progestogen only contraception and endometrial break through bleeding. *Angiogenesis* 8, 117–126 (2005).
- Abdel-Aleem, H., D’Arcangues, C., Vogelsong, K. M., Gaffield, M. L. & Gülmezoglu, A. M. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. *The Cochrane database of systematic reviews* CD003449 (2013). doi:10.1002/14651858.CD003449.pub5
- Mansour, D., Bahamondes, L., Critchley, H., Darney, P. & Fraser, I. S. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception* 83, 202–210 (2011).
- Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. *Problematic Bleeding with Hormonal Contraception Clinical Effectiveness Unit*. (2015).
- Zigler, R. E. & McNicholas, C. Unscheduled vaginal bleeding with progestin-only contraceptive use. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 216, 443–450 (2017).

F.2 UTILIZAÇÃO DE CHC EM SITUAÇÕES PARTICULARES

SITUAÇÃO	RECOMENDAÇÕES CLÍNICAS
Viagem prolongada	Recomenda-se que as utilizadoras de CHC minimizem a imobilização durante as viagens prolongadas. A evidência científica é insuficiente para recomendar a mulheres saudáveis e utilizadoras de CHC o uso de meias compressivas ou antiagregantes plaquetários ^{1,3} .
Viagem com alteração do fuso horário	As mulheres que viajam para localizações com diferente fuso horário e utilizadoras de CH oral devem ser informadas da importância de manter o intervalo de 24 h entre as tomas (usando como referência a hora da última toma no local de origem) ³ .
Uso de CHC em zonas de elevada altitude (acima de 4500 m) por períodos superiores a 1 semana	A exposição a elevada altitude aumenta a eritropiese e o risco trombótico. Contribuem para este risco os fatores ambientais: hipoxia, desidratação, baixa temperatura, maior imobilização. A evidência científica é insuficiente, mas alguns autores recomendam a mudança para um contraceptivo sem estrogénios para estadias superiores a 1 semana em locais com altitude superior a 4500 metros. Abaixo desta altitude os CHC são seguros em mulheres saudáveis e sem fatores de risco tromboembólico ^{3,4} .
Uso de CHC durante períodos de imobilização prolongada ou cirurgia maior: inclui cirurgias com duração superior a 30 minutos de duração. Procedimentos de elevado risco de TV incluem: cirurgia geral e ortopédica, neurocirurgia. *traumatismo, doença aguda ou paraplegia	Recomenda-se, se possível a suspensão do CHC 4 semanas antes de uma cirurgia eletiva maior ou toda a cirurgia que envolva a imobilização prolongada dos membros inferiores ou 4 semanas antes de um período expectável de imobilização. O CHC pode ser substituído por outro método de elevada eficácia livre de estrogénios, incluindo o progestativo isolado oral. O CHC pode ser retomado na primeira menstruação após a intervenção/imobilização ou pelo menos 2 semanas após mobilização completa ^{3,5-8} . Nas situações em que a descontinuação do CHC não foi possível*, ou não foi considerada, o CHC deve ser suspenso no dia da intervenção ou do evento e a tromboprofilaxia deve ser recomendada na dose e duração necessária segundo Score de Risco de Caprini ^{3,5-8} .
Uso de CHC ou durante períodos Cirurgia menor: inclui intervenções com duração inferior a 30 minutos (ex. LT percelioscópica, histeroscopia, artroscopia, cirurgia das varizes)	Não é necessário suspender o CHC ^{3,5-8} .

BIBLIOGRAFIA

- Watson, H. G. & Baglin, T. P. Guidelines on travel-related venous thrombosis. *British journal of haematology* 152, 31–4 (2011).
- Martinelli, I. et al. Risk of venous thromboembolism after air travel: interaction with thrombophilia and oral contraceptives. *Archives of internal medicine* 163, 2771–4
- FRSH. FSRH Guideline Combined Hormonal Contraception. *BMJ Sexual & Reproductive Health* 45, 1–93 (2019).
- Hillebrandt, D. & Meijer, H. CONSENSUS STATEMENT OF THE UIAA MEDICAL COMMISSION VOL : 13 People with Pre-Existing Conditions Going to the Mountains. 41, 1–11 (2008).
- NICE. Reducing venous thromboembolism risk in hospital patients. 1–22 (2018).
- Sociedade Portuguesa de anesthesiologia. *Recomendações Perioperatórias para Profilaxia do Tromboembolismo Venoso no Doente Adulto*. (2014).
- Robinson, G. E. et al. Changes in haemostasis after stopping the combined contraceptive pill: implications for major surgery. *BMJ (Clinical research ed.)* 302, 269–71 (1991).
- ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* 133, 128–150 (2019).

F.3 INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS COM A CONTRACEÇÃO HORMONAL

No aconselhamento contraceutivo é fundamental considerar que os níveis séricos e a eficácia das hormonas contraceptivas podem ser alterados pela utilização concomitante de outras drogas e o uso de contraceptivos hormonais também pode alterar o nível sérico de outros medicamentos em utilização.

Os profissionais de saúde devem sempre questionar sobre a medicação em curso incluindo automedicação e suplementos dietéticos.

A eficácia contraceptiva pode ser afetada por 2 mecanismos:

Interações farmacocinéticas: Drogas que alteram a absorção, distribuição, metabolismo e excreção do contraceptivo, alteram a biodisponibilidade e **potencialmente a eficácia do contraceptivo**. As modificações na absorção têm potencialmente influência na eficácia do CHO enquanto a modificação na distribuição, metabolismo e eliminação influenciam todos os CH.

Interações farmacodinâmicas: Drogas que influenciam diretamente a ação clínica do contraceptivo (por efeito sinérgico ou antagonista).

É fundamental que as mulheres em idade reprodutiva sob medicação teratogénica sejam orientadas para consulta de Planeamento Familiar para um aconselhamento contraceptivo adequado¹.

INTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS COM A CONTRACEÇÃO HORMONAL/POR GRUPOS DE FÁRMACOS

Antiepiléticos

DIMINUEM A EFICÁCIA DOS CHs (Indutores enzimáticos)	SEM EFEITO NA EFICÁCIA DOS CHs (Inibidores enzimáticos) <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>	SEM EFEITO NA EFICÁCIA DOS CHs (Sem efeito na indução enzimática) <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Carbamazepina Fenitoína Fenobarbital Primidona Oxicarbazepina Rufinamida Felbamate Topiramato > 200 mg/day ^b	Valproato de sódio	Gabapentina Lamotrigina ^a Levetiracetam Pregabalina Tiagabina Vigabatrin Benzodiazepinas
^a O etinilestradiol acelera o metabolismo da droga, pelo que o uso concomitante diminui a dose em circulação do medicamento, devendo ser preconizado o uso contínuo do contraceptivo.		
^b Fraco indutor na dose de 200 mg dia		

As mulheres sob uso de um fármaco indutor enzimático que interfere com a eficácia de CH (oral, transdérmica, vaginal) devem ser aconselhadas a utilizar métodos de contraceção alternativos ou ao uso de medidas contraceptivas adicionais (preservativo feminino ou masculino), durante o período de toma do fármaco e durante 28 dias após a sua suspensão.

Os níveis hormonais do acetato de medroxiprogesterona 150 mg são substancialmente mais elevados do que os necessários para bloquear a ovulação pelo que se espera que o uso simultâneo de indutores hormonais não interfira na sua eficácia contraceptiva (apesar de não existirem estudos farmacodinâmicos que o demonstrem) (Categoria 1).

Não parece existir alteração significativa do efeito contraceptivo do SIU com 52 mg de LNG e do implante com etonorgestrel durante o uso de fármacos indutores enzimáticos (Categoria 2).

O DIU é um método elegível nas situações de utilização simultânea de fármacos indutores enzimáticos (Categoria 1)¹⁻³.

Psicotrópicos

DROGAS PSICOTRÓPICAS	EFEITO NA EFICÁCIA DO CHs
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina: Fluoxetina, Citalopram; Escitalopram; Sertalina	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e noraepinefrina: Venlafaxina, Duloxetina	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Antidepressivos tricíclicos: Clomipramina, Imipramina, Amitriptilina, Mirtazapine	Dúvidas sobre a interferência na eficácia
Inibidores seletivos da recaptção da dopamina: Bupropiona	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Benzodiazepinas orais	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Erva de São João (<i>Hypericum perforatum</i>)	Diminuição da eficácia contraceptiva hormonal

Os estudos científicos são limitados, mas tendem a demonstrar que o uso de antidepressivos (inibidores da recaptção da serotonina e inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina) não interfere com o metabolismo hepático e com a sua eficácia dos CH (Categoria 1).

A evidência científica é inconsistente sobre a interferência dos antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamina oxidase, usados no tratamento da depressão crónica refratária, na eficácia dos CH (Categoria 2), pelo que se sugere considerar o uso de contraceção intrauterina nestas utentes^{1,4-6}.

Antimicrobianos

ANTIMICROBIANOS	EFEITO NA EFICÁCIA DO CHs
Antibióticos de largo espectro	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Rifampicina ou Rifabutina	Diminuição da eficácia contraceptiva
Antifúngicos (Griseofulvina)	Diminuição da eficácia contraceptiva
Antiparasitários	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>

Não existe evidência científica suficiente de interação dos antibióticos (excepto rifampicina) e os CH. Não existe ciclo entero-hepático para os progestativos na sua forma ativa pelo que alterações da flora intestinal não alteram a eficácia contraceptiva.

Nas mulheres sob utilização de rifampicina e rifabutina o uso de COC, PO, transdérmico e anel é Categoria 3. No entanto o risco relativo de gravidez nas mulheres utilizadoras de CH sob terapêutica com rifampicina é desconhecido. As mulheres devem ser informadas do risco de interação farmacológica, mas nenhum método deve ser negado. Na ausência de estudos científicos, o uso de injetável e implante são Categoria 1 e 2. O uso de contraceção intrauterina é Categoria 1 para as mulheres com tuberculose não pélvica.

Os dados sobre a rifabutina são limitados e o efeito sobre o metabolismo dos COCs parece ser menor. O uso de griseofulvina interfere com a eficácia contraceptiva dos CH orais, transdermico, anel e implante (Categoria 3). O uso de injetável e contraceção intrauterina é Categoria 1^{1,2,7,8}.

Antiretrovirais

DROGA	EFEITO NA EFICÁCIA DO CH ^{1,2,9,10}
Nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (NRTIs) Abacavir (ABC) Tenofovir (TDF) Zidovudina (AZT) Lamivudina (3TC) Didanosina (DDI) Emtricitabina (FTC) Stavudina (D4T)	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Não nucleosídeos inibidores transcriptase reversa (NNRTIs) Efavirenze (EFV) Etravirine (ETV) Nevirapina (NVP) Ralpivirine (RVP)	Nevirapina sem efeito nos CH. Efavirenze e Nevirapina: Os estudos de farmacocinética demonstram uma diminuição dos níveis de progestativo da CHC, PO e implante, no entanto a taxa de gravidez não foi diferente das mulheres não utilizadoras destes TARV. A OMS e o CDC consideram o uso destes contraceptivos com o Efavirenza ou a Nevirapina isolados ou em associação como Categoria 2. Etravirine e a Ralpivirina não interfere com a CH.
Inibidores da protease Atazanavir-Ritonavir (ATV/r) Lopinavir- Ritonavir (LPV/r) Danuravir-Ritonavir (DRV/r)	Ritonavir diminui a eficácia da CH (não sendo afectada a eficácia com DMPA) (Categoria 2)
Inibidores da integrase (INSTIs) Raltegravir (RAL) Elvitegravir/cobicistat (EVG/c) Dolutegravir (DTG)	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>

Drogas utilizadas na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais

DROGA	EFEITO NA EFICÁCIA DO CH ^{1,11}
Aminosalicilatos Sulfasalazina, Mesalamina, Balsalazida	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Metotrexato	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Azatioprina	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Ciclosporina	Sem efeito significativo. O EE pode potenciar o efeito hepatotóxico da ciclosporina. EE e os progestagenios podem aumentar os níveis séricos de Ciclosporina. O risco de hiperkaliemia pode ser potenciado pelo uso de CH com drospirenona.
Tacrolimus, Sirolimus	Sem efeito significativo. O EE pode aumentar os níveis de Tacrolimus. O risco de hiperkaliemia pode ser potenciado pelo uso de CH com drospirenona.
Ribavirina	Sem efeito significativo <i>Todos os contraceptivos são elegíveis</i>
Micofenolato	Pode interferir com a eficácia da CH (oral, transdérmico, vaginal)
Prednisolona	O EE e os progestativos podem aumentar os níveis séricos de prednisolona

Drogas que alteram o Ph gástrico: Antiácidos, Antagonistas H2; Inibidores da bomba de protões

Todos os contraceptivos são elegíveis

Potencial diminuição do efeito contraceptivo do AUP. Ponderar o uso de outro método de CE (LNG; DIU cobre)¹.

Drogas que induzam vômitos ou diarreia: Orlistat

Considerar o uso de métodos não orais (ver Secção D.3: *Doenças metabólicas e endócrinas*)¹.

Drogas que influenciam diretamente a ação clínica do contraceptivo (por efeito sinérgico ou antagonista): Acetato de ulipristal (AUP)

AUP no tratamento dos miomas: a eficácia terapêutica é alterada com o uso concomitante de um CH. Considerar o uso de um método não hormonal.

AUP na CE: a eficácia terapêutica é alterada se ocorrer o uso simultâneo de um contraceptivo hormonal (regime *Quick-Start* de início de contraceção hormonal), recomendando-se o início da CH 5 dias após o uso de CE com AUP (ver Secção B.3: *Contraceção de emergência*)^{1,12}

BIBLIOGRAFIA

- FSRH. Clinical Guidance: Drug Interactions with Hormonal Contraception Drug Interactions with Hormonal Contraception. 7, 1–12 (2017).
- ACOG. Clinical Management Guidelines for Obstetrician – Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* **133**, 128–150 (2019).
- Reimers, A., Brodtkorb, E. & Sabers, A. Interactions between hormonal contraception and antiepileptic drugs: Clinical and mechanistic considerations. *Seizure* **28**, 66–70 (2015).
- Berry-Bibee, E. N. *et al.* Drug interactions between hormonal contraceptives and psychotropic drugs: a systematic review. *Contraception* **94**, 650–667 (2016).
- Hall, K. S., Steinberg, J. R., Cwiak, C. A., Allen, R. H. & Marcus, S. M. Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **212**, 740–746 (2015).
- Berry-Bibee, E. N., Kim, M. J., Tepper, N. K., Riley, H. E. M. & Curtis, K. M. Co-administration of St. John's wort and hormonal contraceptives: a systematic review. *Contraception* **94**, 668–677 (2016).
- Simmons, K. B., Haddad, L. B., Nanda, K. & Curtis, K. M. Drug interactions between rifamycin antibiotics and hormonal contraception: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* **125**, 804–811 (2018).
- Simmons, K. B., Haddad, L. B., Nanda, K. & Curtis, K. M. *Drug interactions between non-rifamycin antibiotics and hormonal contraception: a systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology* **218**, (Elsevier Inc., 2018).
- Pyra, M. *et al.* HHS Public Access Author manuscript Effectiveness of Hormonal Contraception in HIV-Infected Women using Antiretroviral Therapy: A Prospective Study. 29, 2353–2359 (2016).
- Patel, R. C., Bukusi, E. A. & Baeten, J. M. Current and future contraceptive options for women living with HIV. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* **19**, 1–12 (2018).
- Sridhar, A., Cwiak, C. A., Kaunitz, A. M. & Allen, R. H. Contraceptive Considerations for Women with Gastrointestinal Disorders. *Digestive Diseases and Sciences* **62**, 54–63 (2017).
- International Consortium for emergency contraception & FIGO. Clinical Summary : Emergency contraceptive pills Emergency Contraception STATEMENT. (2018).
- Houtchens, M. K., Zapata, L. B., Curtis, K. M. & Whiteman, M. K. Contraception for women with multiple sclerosis: Guidance for healthcare providers. *Multiple Sclerosis Journal* **23**, 757–764 (2017).

Direito à informação e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres ao longo do seu ciclo de vida

Resolução da Assembleia da República n.º 46/2010

(Diário da República, 1.ª série — N.º 99 — 21 de Maio de 2010, 1745-1746)

A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

- 1 – Garanta a implementação da educação sexual em todas as escolas do ensino básico e secundário, através da formação de professores, da garantia dos meios para o correto funcionamento dos gabinetes de apoio e de núcleos de educação para a saúde.
- 2 – Reforce a existência em todos os centros de saúde de consultas específicas para jovens, criadas por despacho da Direção Geral da Saúde de 16 de Março de 1976 (determina a criação da consulta de planeamento familiar), a par do reforço dos meios materiais e humanos por forma a garantir a informação completa e serviços acessíveis a todos os jovens.
- 3 – Crie condições para que a vacinação que protege contra vírus, como o vírus do papiloma humano (HPV), seja amplamente divulgada e gratuita para todas as mulheres.
- 4 – Garanta e divulgue junto das mulheres a importância dos rastreios periódicos realizados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), nomeadamente mamografias e ecografias mamárias, citologias e densitometrias ósseas.
- 5 – Reconheça e fiscalize o acesso generalizado de todas as grávidas ao acompanhamento médico (mínimo de cinco consultas) no SNS bem como aos exames indispensáveis – diagnóstico pré-natal (DPN), análises ao sangue e urina, controlo da imunidade ou inexistência de doenças que coloquem em risco a gravidez e o feto (rubéola, toxoplasmose, sífilis, hepatite B, HIV/SIDA, etc.).
- 6 – Garanta o cumprimento do Código do Trabalho e do Regime de Contrato em Funções Públicas quanto aos direitos de maternidade e de paternidade, alargando a dispensa não apenas para as consultas pré-natais como as dispensas para as sessões de preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico, bem como o direito dos pais trabalhadores a três dispensas para acompanhamento da grávida, garantindo o direito à remuneração integral suportada pela entidade patronal.
- 7 – Adote medidas articuladas entre os Ministérios da Saúde e da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior para garantir que as escolas superiores de enfermagem (ESE) incluam formação de preparação para o parto pelo método psicoprofiláctico.
- 8 – Garanta a correta aplicação da Lei n.º 16/2007, de 17 de Abril, sobre a interrupção voluntária da gravidez, quer através da supressão das carências materiais e humanas quer através do cumprimento de todos os procedimentos de apoio psicológico e encaminhamento para consulta de planeamento familiar, nos 10 dias posteriores à intervenção.
- 9 – Crie medidas urgentes para a aplicação da Lei n.º 32/2006, de 26 de Julho, procriação medicamente assistida (PMA), tendo em conta que os elevados custos destes tratamentos no sector privado e as longas listas de espera no sector público são um factor de exclusão de centenas de utentes.
- 10 – Garanta o adequado e regular acompanhamento médico e psicológico no SNS na prevenção e tratamento de situações relacionadas com a menopausa, nomeadamente os de afrontamentos, incontinência, osteoporose, irritabilidade, insónias, desinteresse sexual ou doença de Alzheimer.
- 11 – Assegure no SNS, especialmente nas unidades primárias de saúde, a existência de serviços de geriatria, correspondendo a necessidades específicas das mulheres nesta fase da sua vida.

Direito à saúde sexual e reprodutiva

(Diário da República, 1.ª série-A N.º 240 — 17 de Outubro de 2000, 5784-5786)

Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de Outubro

As matérias respeitantes à **educação sexual, ao planeamento familiar e à saúde reprodutiva** têm vindo a merecer, nos últimos anos, particular atenção da sociedade portuguesa, no quadro de uma progressiva afirmação dos direitos cidadãos à educação e à saúde. Acompanhando esta evolução, o Estado vem assumindo, desde 1984, deveres objectivos e promovendo medidas concretas na efectivação desses direitos, reforçando a protecção à maternidade e à paternidade, introduzindo formação e informação sobre sexualidade humana nos currículos escolares, criando consultas de planeamento familiar nos serviços de saúde, fornecendo gratuitamente meios anticoncepcionais e desenvolvendo medidas de protecção contra doenças transmitidas por via sexual.

(.)

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, e nos termos das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o seguinte:

(.)

CAPÍTULO II

Saúde reprodutiva e planeamento familiar

Artigo 6.º

Consulta de planeamento familiar de referência

1 – Em todos os **hospitais com serviço de ginecologia e ou obstetrícia integrados no Serviço Nacional de Saúde devem funcionar consultas de planeamento familiar** que constituam referência para os centros de saúde da área de influência, através de protocolos estabelecidos no âmbito das unidades coordenadoras funcionais (UCF) já existentes para as áreas materna e perinatal.

2 – As consultas de planeamento familiar referidas no número anterior devem garantir a prestação de cuidados, nomeadamente:

- Em situações de risco, designadamente diabetes, cardiopatias e doenças oncológicas;
- Em situações com indicação para contracepção cirúrgica, mediante laqueação de trompas e vasectomia;
- Em situações tratadas no serviço de urgência ou com internamento por complicações resultantes de aborto;
- A puérperas de alto risco;
- A adolescentes.

3 – Os hospitais devem assegurar a existência de contraceptivos para distribuição gratuita aos utentes no âmbito das consultas de planeamento familiar.

Artigo 7.º

Contracepção cirúrgica

Os hospitais referidos no artigo anterior devem assegurar a resolução das situações com indicação para contracepção cirúrgica, nos termos da Lei n.º 3/84, de 24 de Março, e que envolvam mulheres com risco obstétrico acrescido, no prazo máximo de três meses, ponderado o grau de urgência.

Artigo 8.º

Saúde reprodutiva nos centros de saúde

Em todos os centros de saúde deve existir uma equipa multiprofissional que polarize as motivações e as iniciativas no campo da saúde reprodutiva e que promova e garanta:

- O atendimento imediato nas situações em que haja um motivo expresso que o justifique;
- O encaminhamento adequado para uma consulta a realizar no prazo máximo de 15 dias, ponderado o grau de urgência;
- Consulta de planeamento familiar a utentes que não disponham, à data, de resposta dos serviços, no âmbito da medicina geral e familiar, como recurso complementar e concertado desta actividade;
- A existência de contraceptivos para distribuição gratuita aos utentes.



Artigo 9.º

Adolescentes

1 – Os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

2 – Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.

Artigo 10.º

Estatísticas

1 – Os relatórios semestrais das situações de interrupção voluntária da gravidez e de aborto espontâneo previstos no artigo 11.º da Lei n.º 120/99, de 11 de Agosto, são elaborados de acordo com impresso modelo aprovado pela Direcção-Geral da Saúde.

2 – Os relatórios são enviados ao Ministério da Saúde através da Direcção-Geral da Saúde.

Artigo 11.º

Avaliação

Compete às administrações regionais de saúde e às unidades coordenadoras funcionais, no respectivo âmbito de intervenção, avaliar anualmente o grau de execução das medidas constantes do presente capítulo, remetendo os respectivos relatórios à Direcção-Geral da Saúde até 31 de Janeiro de cada ano.

Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez

Lei n.º 16/2007 de 17 de Abril

Artigo 1.º

Alteração do Código Penal

O artigo 142.o do Código Penal, com a redacção que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de Março, e pela Lei n.º 90/97, de 30 de Julho, passa a ter a seguinte redacção

«Artigo 142.o [. . .]

1 – Não é punível a interrupção da gravidez efectuada por médico, ou sob a sua direcção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

- Constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- Se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- Houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excepcionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas.
- For realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

2 – A verificação das circunstâncias que tornam não punível a interrupção da gravidez é certificada em atestado médico, escrito e assinado antes da intervenção por médico diferente daquele por quem, ou sob cuja direcção, a interrupção é realizada, sem prejuízo do disposto no número seguinte.



3 – Na situação prevista na alínea e) do n.º 1, a certificação referida no número anterior circunscreve-se à comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas.

4 – O consentimento é prestado:

- a) Nos casos referidos nas alíneas a) a d) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo e, sempre que possível, com a antecedência mínima de três dias relativamente à data da intervenção;
- b) No caso referido na alínea e) do n.º 1, em documento assinado pela mulher grávida ou a seu rogo, o qual deve ser entregue no estabelecimento de saúde até ao momento da intervenção e sempre após um período de reflexão não inferior a três dias a contar da data da realização da primeira consulta destinada a facultar à mulher grávida o acesso à informação relevante para a formação da sua decisão livre, consciente e responsável.

5 – No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psicicamente incapaz, respectiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.

6 – Se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efectivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.

7 – Para efeitos do disposto no presente artigo, o número de semanas de gravidez é comprovado ecograficamente ou por outro meio adequado de acordo com as *leges artis*.»

Artigo 2.º

Consulta, informação e acompanhamento

1 – Compete ao estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido onde se pratique a interrupção voluntária da gravidez garantir, em tempo útil, a realização da consulta obrigatória prevista na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal e dela guardar registo no processo próprio.

2 – A informação a que se refere a alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal é definida por portaria, em termos a definir pelo Governo, devendo proporcionar o conhecimento sobre:

- a) As condições de efectivação, no caso concreto, da eventual interrupção voluntária da gravidez e suas consequências para a saúde da mulher;
- b) As condições de apoio que o Estado pode dar à prossecução da gravidez à maternidade;
- c) A disponibilidade de acompanhamento psicológico durante o período de reflexão;
- d) A disponibilidade de acompanhamento por técnico de serviço social, durante o período de reflexão.

3 – Para efeitos de garantir, em tempo útil, o acesso efectivo à informação e, se for essa a vontade da mulher, ao acompanhamento facultativo referido nas alíneas c) e d) do número anterior, os estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, para além de consultas de ginecologia e obstetrícia, devem dispor de serviços de apoio psicológico e de assistência social dirigidos às mulheres grávidas.

4 – Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos onde se pratique a interrupção voluntária da gravidez garantem obrigatoriamente às mulheres grávidas que solicitem aquela interrupção o encaminhamento para uma consulta de planeamento familiar.

Artigo 3.º

Organização dos serviços

1 – O Serviço Nacional de Saúde deve organizar-se de modo a garantir a possibilidade de realização da interrupção voluntária da gravidez nas condições e nos prazos legalmente previstos.

2 – Os estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos em que seja praticada a interrupção voluntária da gravidez organizar-se-ão de forma adequada para que a mesma se verifique nas condições e nos prazos legalmente previstos.

Artigo 4.º

Providências organizativas e regulamentares

1 – O Governo adoptará as providências organizativas e regulamentares necessárias à boa execução da legislação atinente à interrupção voluntária da gravidez, designadamente por forma a assegurar que do exercício do direito de objecção de consciência dos médicos e demais profissionais de saúde não resulte inviabilidade de cumprimento dos prazos legais.

2 – Os procedimentos administrativos e as condições técnicas e logísticas de realização da interrupção voluntária da gravidez em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido são objecto de regulamentação por portaria do Ministro da Saúde.

Artigo 5.º

Dever de sigilo

Os médicos e demais profissionais de saúde, bem como o restante pessoal dos estabelecimentos de saúde, oficiais ou oficialmente reconhecidos, em que se pratique a interrupção voluntária da gravidez, ficam vinculados ao dever de sigilo profissional relativamente a todos os actos, factos ou informações de que tenham conhecimento no exercício das suas funções, ou por causa delas, relacionados com aquela prática, nos termos e para os efeitos dos artigos 195.º e 196.º do Código Penal, sem prejuízo das consequências estatutárias e disciplinares que no caso couberem.

Artigo 6.º

Objecção de consciência

1 – É assegurado aos médicos e demais profissionais de saúde o direito à objecção de consciência relativamente a quaisquer actos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez.

2 – Os médicos ou demais profissionais de saúde que invoquem a objecção de consciência relativamente a qualquer dos actos respeitantes à interrupção voluntária da gravidez não podem participar na consulta prevista na alínea b) do n.º 4 do artigo 142.º do Código Penal ou no acompanhamento das mulheres grávidas a que haja lugar durante o período de reflexão.

3 – Uma vez invocada a objecção de consciência, a mesma produz necessariamente efeitos independentemente da natureza dos estabelecimentos de saúde em que o objector preste serviço.

4 – A objecção de consciência é manifestada em documento assinado pelo objector, o qual deve ser apresentado, conforme os casos, ao director clínico ou ao director de enfermagem de todos os estabelecimentos de saúde onde o objector preste serviço e em que se pratique interrupção voluntária da gravidez.

Informação adicional:

- Lei n.º 3/1984 de 24 de Março, Educação sexual e planeamento familiar
- Portaria n.º 52/1985 de 26 de janeiro, regulamento das consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para jovens.
- Decreto-Lei n.º 259/2000 de 17 de outubro. Direito à saúde sexual e reprodutiva
Diário da República, 1.ª série-A, N.º 240 — 17 de Outubro de 2000, 5784-5786
- Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de abril. Educação para a saúde e educação sexual.
Diário da República, 1.ª série — N.º 69 — 9 de Abril de 2010, 1070 (1-4).
- Lei n.º 60/2009 de 6 de agosto de 2009. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar.
Diário da República, 1.ª série — N.º 151 — 6 de Agosto de 2009, 5097-5098.
- Lei n.º 16/2007 de 17 de abril de 2007. Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez.
Diário da República, 1.ª série — N.º 75 — 17 de Abril de 2007, 2417-2419.
- Portaria n.º 741-A/2007 de 21 de Junho. Estabelece as medidas a adoptar nos estabelecimentos de saúde oficiais ou oficialmente reconhecidos com vista à realização da interrupção da gravidez nas situações previstas no artigo 142.º do Código Penal.
Diário da República, 1.ª série — N.º 118 — 21 de Junho de 2007, 3936-(2)-(11).
- Resolução da Assembleia da República n.º 27/2007. Recomenda ao Governo medidas no sentido de prevenir a gravidez na adolescência.
Diário da República, 1.ª série — N.º 118 — 21 de Junho de 2007, 3918.

Anexo 2: CONTRACETIVOS DISPONÍVEIS NO ÂMBITO DO SNS**CONTRACEÇÃO HORMONAL¹**

CONTRACEÇÃO ORAL					
Progestativo	Etinilestradiol (EE)				Sem estrogénios
	35 mcg	30 mcg	20 mcg	15 mcg	
Levonorgestrel		x	x		
Gestodeno		x	x		
Desogestrel		x	x		x
Ac. ciproterona	x				
Contraceção vaginal					
Desogestrel				x	
Contraceção de emergência					
Levonorgestrel					x
LARCs					
Implante Etonogestrel					x
Injetável Acetato de medroxiprogesterona					x
SIU-Levonorgestrel 52 mg de levonorgestrel 19,5 mg de levonorgestrel 13,5 mg de levonorgestrel					x

CONTRACEÇÃO NÃO HORMONAL¹

DIU cobre (T 380 e U 375)
Preservativos masculinos

NÃO ESTÃO DISPONÍVEIS NO ÂMBITO DO SNS**Contraceptivos combinados com:**

1. Estradiol e Valerato de Estradiol
2. Drospirenona
3. Contraceção hormonal oral 15 mcg de etinilestradiol

Preservativo feminino

Contraceção de emergência com acetato de Ulipristal

BIBLIOGRAFIA

1. Orientação DGS, 010/2015. Disponibilidade de métodos de contraceptivos, 29/10/2015

Anexo 3: CONTRACETIVOS HORMONAIIS EM PORTUGAL**3.1 CONTRACETIVOS HORMONAIIS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL**

ESTROGÉNIO	DOSAGEM	PROGESTAGÉNIO	DOSAGEM
Etinilestradiol	0.02 mg	Levonorgestrel	0.1 mg
Etinilestradiol	0.03 mg	Levonorgestrel	0.15 mg
Etinilestradiol	0.03 / 0.04 mg	Levonorgestrel	0.05 / 0.75 / 0.125 mg
Etinilestradiol	0.015 mg	Gestodeno	0.06 mg
Etinilestradiol	0.02 mg	Gestodeno	0.075 mg
Etinilestradiol	0.03 mg	Gestodeno	0.075 mg
Etinilestradiol	0.03 / 0.04 mg	Gestodeno	0.05 / 0.07 / 0.1 mg
Etinilestradiol	0.02 mg	Desogestrel	0.15 mg
Etinilestradiol	0.03 / 0.04 mg	Desogestrel	0.025 / 0.125 mg
Etinilestradiol	0.02 mg	Drospirenona	3 mg
Etinilestradiol	0.03 mg	Drospirenona	3 mg
Etinilestradiol	0.035 mg	Acetato de ciproterona	2 mg
Etinilestradiol	0.03 mg	Acetato de cloromadinona	2 mg
Etinilestradiol	0.03 mg	Dienogest	2 mg
Valerato de Estradiol	1 / 2 / 3 mg	Dienogest	2 / 3 mg
Estradiol	1,5 mg	Acetato de nomegestrol	2,5 mg
Etinilestradiol	0.0339 mg	Norelgestromina	0.203 mg
		Desogestrel	0.075 mg
		Levonorgestrel	52 mg
		Levonorgestrel	19,5 mg
		Levonorgestrel	13,5 mg
		Levonorgestrel	1,5 mg
		Etonogestrel	68 mg
		Drospirenona	4 mg
Acetato de ulipristal (inibidor selectivo dos receptores de progesterona)			30 mg

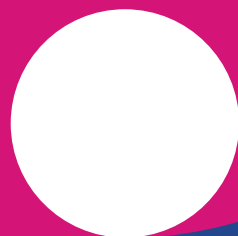
3.2 CONTRACETIVOS COMERCIALIZADOS EM PORTUGAL

NOME DO MEDICAMENTO	EMBALAGEM	COMPARTICIPAÇÃO
Miranova	21 / 63 comp	69%
Etinilestradiol / Levonorgestrel Generis	21 / 63 comp	69%
Microginon	21 comp	69%
Etinilestradiol / Levonorgestrel Generis	21 / 63 comp	69%
Trinordiol	21 comp	69%
Microgeste	28 / 84 comp	69%
Minesse	28 / 84 comp	69%
Minigeste	21 / 63 comp	69%
Harmonet	21 / 63 comp	69%
Estinette	21 / 63 / 126 comp	69% (21 / 63) 0% (126)
Etinilestradiol / Gestodeno Generis	21 / 63 comp	69%
Etinilestradiol / Gestodeno Actavis	21 / 63 comp	69%
Gynera	21 / 63 comp	69%
Minulet	21 / 63 comp	69%
Effiplen	21 / 63 comp	69%
Etinilestradiol / Gestodeno Generis	21 / 63 comp	69%
Etinilestradiol / Gestodeno Actavis	21 / 63 comp	69%
Tri-Gynera	21 / 63 comp	69%
Tri-Minulet	21 comp	69%
Mercilon	21 / 63 comp	69%
Novynette	21 / 63 comp	69%
Marvelon	21 / 63 comp	69%
Gracial	22 comp	0%
Yasminelle	21 / 63 comp	0%
Arankelle	21/63 comp	0%
Yaz	28 / 84 comp	0%
Daylette	28 / 84 comp	0%
Yasmin	21 comp	0%
Aranka	21 comp	0%
Diane 35	21 / 63 comp	69%
Etinilestradiol / Acetato de ciproterona Generis	21 / 63 comp	69%
Etinilestradiol / Acetato de ciproterona Ranbaxy	21 / 63 comp	69%
Chariva	21/63 comp	0%
Belara	21 / 63 comp	0%
Libeli	21 / 63 comp	0%
Clarissa	21 / 63 comp	0%
Cloromadinona / Etinilestradiol Actavis	21 / 63 comp	0%
Valette	21 comp	0%
Sibila	21/63	69%
Denille	21 / 63 comp	0%

Qlaira	28 / 84 comp	0%
Nuvaring	1 sistema	0%
Ornibel	1 sistema	0%
Annete	1 sistema	0%
Evra	3 / 9 sistemas	0%
Azalia	28 / 84 comp	69%
Cerazette	28 / 84 comp	69%
Slinda	28 comp	0%
Mirena	Dispositivo – 5 anos	69%
Levosert	Dispositivo – 7 anos	69%
Kyleena	Dispositivo – 5 anos	69%
Jaydess	Dispositivo – 3 anos	69%
Implanon NXT	Implante – 3 anos	69%
Depo-Provera 150	Seringa – 3 meses	69%
Postinor	1 comp	MNSRM
Norlevo	1 comp	MNSRM
EllaOne	1 comp	MNSRM

3.3 CONTRACEPTIVOS DE LONGA DURAÇÃO NÃO HORMONAIIS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL

MÉTODO	NOME DO MEDICAMENTO	EMBALAGEM	COMPARTICIPAÇÃO
DIU- Cobre+prata	Nova-T	Dispositivo 10 anos	69%



CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020

PATROCINADORES

