

BMJ Best Practice

Contracepção

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Visão geral	4
Introdução	4
Aconselhamento inicial	4
Métodos de barreira	5
Métodos de barreira: diafragma e capuz cervical	5
Métodos de barreira: preservativo feminino	5
Métodos de barreira: preservativo masculino	6
Métodos de barreira: espermicida	6
Métodos comportamentais	6
Métodos comportamentais: amenorreia lactacional	6
Métodos comportamentais: abstinência periódica	7
Métodos comportamentais: coito interrompido	7
Contracepção hormonal	7
Contraceptivos hormonais combinados (estrogênio/progestogênio)	7
Contraindicações dos contraceptivos que contêm estrogênio	8
Contraceptivos hormonais combinados: pílulas de estrogênio/progestogênio	9
Contraceptivos hormonais combinados: adesivos de estrogênio/progestogênio	9
Contraceptivos hormonais combinados: anel vaginal de estrogênio/progestogênio	10
Contraceptivos somente à base de progestogênio	10
Contraceptivos com apenas progestogênio: pílula apenas com progestogênio	11
Contraceptivos com apenas progestogênio: implante de progestogênio	11
Contraceptivos com apenas progestogênio: injeção de progestogênio	12
Benefícios não contraceptivos dos contraceptivos hormonais	12
Dispositivos intrauterinos (DIUs)	13
Dispositivos intrauterinos: DIU de cobre	14
Dispositivos intrauterinos: DIU de progestogênio	14
Esterilização	14
Esterilização: esterilização feminina	15
Esterilização: esterilização masculina	15
Contracepção de emergência	15
Contracepção de emergência: contracepção de emergência somente à base de progestogênio	16
Contracepção de emergência: ulipristal	16
Contracepção de emergência: DIU de cobre	17
Contracepção de emergência: contracepção de emergência à base de estrogênio/progestogênio	17
Recursos online	19
Nível de evidência	20

Referências	21
Aviso legal	26

Introdução

Na Inglaterra e no País de Gales, aproximadamente 30% das gestações são indesejadas e cerca de 20% de todas as gestações terminam em aborto.[1] [2] Nos EUA, país que apresenta uma das taxas mais elevadas de gestações indesejadas do mundo desenvolvido, cerca da metade das gestações são indesejadas. Aproximadamente 40% destas terminam em aborto.[3] [4] Entre 2008 e 2014, a taxa de abortos diminuiu de 19.4 para 14.6 por 1000 mulheres entre 15 e 44 anos,[5] com os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA relatando seu menor número de abortos em 2014.[6] Embora a taxa geral de abortos nos EUA tenha diminuído, isso não é observado em todos os grupos populacionais, com taxas mais altas de gravidez e aborto em grupos desfavorecidos.[4] [5] Essa desigualdade indica que existe um acesso limitado à contracepção para algumas mulheres e adolescentes e mostra a importância de fornecer controle de natalidade a todos as pacientes em risco de gravidez indesejada.

A disponibilidade de contraceptivos varia entre as regiões, e as diretrizes locais sempre devem ser consultadas.

Aconselhamento inicial

O aconselhamento contraceptivo deve ser centrado na paciente e deve fornecer informações precisas sobre todos os métodos aos quais a mulher é elegível, para ajudá-la a escolher o que é melhor para ela. Isso deve incluir informações sobre a eficácia, os riscos e os efeitos adversos, bem como vantagens, desvantagens e benefícios não contraceptivos de todos os métodos que estão disponíveis para ela.[7] [8]

Selecionar um método contraceptivo apropriado exige uma história médica completa, com atenção especial para excluir as contraindicações mais comuns. Várias organizações fornecem orientações sobre a segurança de diferentes métodos contraceptivos em relação às condições de saúde e características pessoais. Estes incluem os Critérios de Elegibilidade Clínica da Organização Mundial da Saúde para o uso de contraceptivos (Medical Eligibility Criteria, MEC),[9] os Critérios de Elegibilidade Clínica dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA (USMEC)[10] e os Critérios de Elegibilidade Clínica da Faculdade de Saúde Sexual e Reprodutiva (UKMEC) no Reino Unido.[8] Consulte a orientação relevante para a sua área ao fornecer contracepção às mulheres.

Uma discussão geral sobre os riscos e sobre a prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) é parte do aconselhamento inicial. Como a maioria dos contraceptivos não oferece nenhuma proteção contra ISTs, os clínicos devem discutir uma estratégia de dupla proteção (ou seja, o uso de preservativos associado a um segundo método).

Pacientes podem ser reassseguradas de que não há a necessidade de realizar um esfregaço de Papanicolaou (exame de citologia cervical) nem um exame pélvico antes de começar a usar a maioria dos contraceptivos.[11] [7] 1[C]Evidence

O contexto social das pacientes deve ser considerado ao se discutir suas opções de contracepção. Por exemplo:

- Uma adolescente, cujos pais desaprovem sua atividade sexual, pode querer um método que seja fácil de ocultar
- Uma mãe trabalhadora que viaja frequentemente pode se esquecer de tomar uma de suas pílulas diárias.

A abordagem do aconselhamento precisa ser adaptada para os adolescentes, a fim de garantir que as informações sobre os métodos contraceptivos sejam dadas de uma forma apropriada à idade. Além disso, é importante abordar quaisquer equívocos comuns que os adolescentes possam ter sobre os diferentes métodos disponíveis.[13]

Para maximizar a adesão, os médicos devem respeitar as preferências de suas pacientes, prescrevendo o método de acordo com suas escolhas em particular, a menos que existam contraindicações. Entretanto, os médicos também devem certificar-se de que as pacientes conheçam suas opções, sobretudo com relação aos métodos mais eficazes. As pacientes que recebem uma grande provisão inicial de contraceptivos têm maior probabilidade de aderir ao tratamento.[14]

Os recursos para download do CDC dos EUA incluem uma comparação da eficácia de diferentes métodos contraceptivos, bem como outras ferramentas para usar com as pacientes.

[CDC: reproductive health - contraception]

A eficácia da contraceção (definida como taxas de gestações não desejadas por 100 mulheres) é dividida nas seguintes categorias quando se compara a eficácia de diferentes métodos contraceptivos:[15]

- 0 a 0.9: muito eficaz
- 1 a 9: eficaz
- 10 a 19: moderadamente eficaz
- 20+: menos eficaz.

Métodos de barreira

Os métodos de barreira incluem:

- Diafragma e capuz cervical
- Preservativo feminino
- Preservativo masculino
- Espermicida (nonoxinol-9).

Embora os métodos de barreira ofereçam uma eficácia apenas moderada contra a gestação indesejada, os preservativos e o espermicida estão disponíveis sem receita médica, e os preservativos de látex/poliuretano protegem contra o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e outras ISTs. O uso bem-sucedido dos métodos de barreira requer consistência e disciplina durante o coito. Todos os métodos de barreira podem ser usados sem riscos durante a lactação.

Métodos de barreira: diafragma e capuz cervical

O diafragma e o capuz cervical são 84% a 94% efetivos para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).[3] Eles devem ser prescritos e inicialmente colocados por médicos treinados em seu uso. O diafragma e o capuz cervical devem ser enchidos e cobertos de espermicida e encaixados antes da penetração. Os episódios subsequentes de relações sexuais dentro de 6 horas exigem a colocação de mais espermicida na vagina com a ajuda de um aplicador. O diafragma e o capuz cervical não impedem a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV). Para usar o capuz cervical, a mulher deve ser capaz de localizar seu colo uterino de modo preciso.

Entre os efeitos adversos e as desvantagens estão:

- Irritação da pele
- Aumento do risco de infecção de bexiga (apenas no caso do diafragma)
- Possível aumento do risco de transmissão do HIV. Há evidências de que o uso frequente de espermicida (o diafragma e o capuz precisam ser usados com espermicida) não diminui, mas sim aumenta, o risco de transmissão do HIV.[16] [17] 2[A]Evidence

Métodos de barreira: preservativo feminino

O preservativo feminino é 75% a 95% efetivo para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).[3] Consiste em uma bolsa de poliuretano lubrificada que se encaixa na vagina durante a atividade sexual. Deve ser usado um novo preservativo toda vez que ocorrer o intercursos sexual. Com o uso apropriado, o preservativo feminino pode impedir a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outras ISTs.

Entre os efeitos adversos e as desvantagens estão:

- Fricção/barulho durante a penetração
- Perda da sensibilidade
- Inconveniência/interrupção da relação sexual
- Deslizamento/ruptura (tem um maior risco de deslizamento que o preservativo masculino).

Métodos de barreira: preservativo masculino

O preservativo masculino é 85% a 98% efetivo para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3] Deve ser usado um novo preservativo toda vez que ocorrer o intercuro sexual. Com o uso apropriado, os preservativos de látex e poliuretano podem impedir a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e de outras ISTs. Os preservativos masculinos também podem ajudar a impedir a ejaculação precoce.

Entre os efeitos adversos e as desvantagens estão:

- Alergia ao látex
- Perda da sensibilidade
- Inconveniência/interrupção da relação sexual
- Deslizamento/ruptura.

Métodos de barreira: espermicida

O espermicida está disponível em várias formas, como em gel, esponjas, espumas e supositórios. Todas as formas são 71% a 85% efetivas para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3] Deve-se inserir o espermicida todas as vezes que o casal tiver um intercuro sexual. Ele não impede a transmissão do vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Os efeitos adversos/desvantagens incluem:

- Irritação da pele
- Possível aumento do risco de transmissão do HIV. Há evidências de que o uso frequente de espermicida não diminui, mas sim aumenta o risco de transmissão do HIV.^{[16] [17] 2[A]Evidence}

Métodos comportamentais

Eles incluem:

- Amenorreia lactacional
- Abstinência periódica (também conhecida como métodos baseados no conhecimento do ritmo e da fertilidade)
- Abstinência.

Não requerem hormônios nem medicamentos. Sua eficácia é moderada (na escala de eficácia contraceptiva da OMS)^[15] depende da adesão consistente. Os únicos riscos associados aos métodos comportamentais são o incômodo e a falha.

Praticar métodos de conscientização sobre a fertilidade ou o coito interrompido de forma mais eficaz requer educação e esforço consciencioso. Uma explicação detalhada dessas abordagens (como o método de Billings, o método do muco cervical, o método de dois dias, o Standard Days Method™) está além do escopo deste tópico. Procure mais informações se estiver aconselhando sobre esses métodos.

Métodos comportamentais: amenorreia lactacional

A amenorreia lactacional é 95% a 98% efetiva para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3] Para usar esse método, as mulheres devem amamentar exclusivamente, pelo menos a cada 4 horas durante o dia e a cada 6 horas durante a noite. As mulheres podem continuar usando esse método até que ocorra 1 dos seguintes eventos:

- Ter o primeiro período menstrual
- Atingir 6 meses de pós-parto
- Se os bebês forem amamentados com menor frequência.

Métodos comportamentais: abstinência periódica

Os métodos de abstinência periódica também são conhecidos como os métodos baseados no conhecimento do ritmo e da fertilidade. Esses métodos são 75% a 88% efetivos para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3] As mulheres podem prever a ovulação ao:

- Observar a temperatura basal do corpo
- Examinar a consistência do muco cervical
- Marcar em um calendário os ciclos menstruais.

Combinar mais de 1 preditor aumenta a eficácia. Os casais se abstêm de relação sexual ou usam um método de barreira 5 dias antes do dia previsto e 2 dias depois da ovulação. Alguns casais necessitarão de maior abstinência em ambos os lados do dia previsto para a ovulação, dada a variabilidade no ciclo menstrual das mulheres.

Métodos comportamentais: coito interrompido

O coito interrompido é 73% a 96% efetivo para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3] Este método requer um alto nível de confiança e autocontrole. O homem deve ser capaz de reconhecer o momento no qual a ejaculação é inevitável e deve tirar o pênis da vagina antes de ejacular.

Mesmo quando realizado perfeitamente, o coito interrompido pode falhar se houver espermatozoides vivos na pré-ejaculação.

Contracepção hormonal

Entre os métodos de contracepção hormonal estão:

- Contracepção à base de estrogênio/progestogênio combinados (pílulas, adesivos ou anel vaginal)
- Contracepção somente à base de progestogênio (pílula, injeção, implante ou dispositivo intrauterino [DIU] com progestogênio).

Contraceptivos hormonais combinados (estrogênio/progestogênio)

Os contraceptivos à base de estrogênio/progestogênio funcionam principalmente suprimindo a ovulação. Eles estão rotineiramente disponíveis em 3 formas:

- Pílula
- Adesivos
- Anel vaginal.

Os injetáveis mensais contendo estrogênio e progestogênio não são discutidos nesta seção e não estão disponíveis nos EUA ou no Reino Unido. Mais informações sobre esse método podem ser encontradas no Manual Global de Planejamento Familiar da OMS: [\[WHO: family planning - a global handbook for providers\]](#)

Embora as pílulas contraceptivas devam ser tomadas diariamente, os adesivos são aplicados semanalmente e o anel vaginal é inserido mensalmente.

Esses contraceptivos são moderadamente efetivos e bem tolerados. Qualquer formulação tem a probabilidade de ter êxito. Porém, para estimular a adesão, os médicos devem prescrever a formulação escolhida por cada paciente, a menos que exista uma razão convincente para a seleção de outra.

Esses contraceptivos têm algumas interações medicamentosas. As mulheres que tomam certos anticonvulsivantes (incluindo fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina, lamotrigina) precisam ser informadas de que esses medicamentos podem reduzir a eficácia de alguns contraceptivos hormonais. Isso pode significar considerar opções contraceptivas alternativas ou, para o contraceptivo hormonal combinado, evitar preparações que contenham uma baixa dose de estrogênio.[10] [18] Mulheres que tomam antibióticos podem tomar contraceptivos à base de estrogênio/progestogênio sem se preocupar com a diminuição da eficácia.[10]

Se houver certeza razoável de que não há risco de gravidez, a maioria das mulheres pode começar a tomar contraceptivos hormonais combinados no dia que selecionarem o método, independentemente do estágio do ciclo menstrual e do fato de terem feito ou não um exame pélvico ou esfregaço de Papanicolau.[19] Iniciar um método contraceptivo em um momento diferente do início do ciclo menstrual é chamado de "início rápido". Se um método contraceptivo for iniciado fora dos primeiros dias do ciclo menstrual, ele pode não ser imediatamente eficaz, o que significa que precauções contraceptivas adicionais, como preservativos, podem ser necessárias até que o novo método se torne eficaz.[20] Foram desenvolvidos algoritmos de início rápido para orientar o médico sobre os passos a serem tomados quando uma mulher solicitar um novo método de controle de natalidade.

[Reproductive Health Access Project: quick-start algorithm]

[CDC: when to start using specific contraceptive methods]

Contraindicações dos contraceptivos que contêm estrogênio

Para a maioria das mulheres, os benefícios dos contraceptivos hormonais excedem seus potenciais riscos.[21] Os contraceptivos contendo estrogênio apresentam um pequeno risco de complicações tromboembólicas (incluindo trombose venosa, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral).[22] [23] [24] As mulheres com múltiplos fatores de risco cardiovascular (por exemplo, tabagismo, diabetes mellitus e hipertensão) devem evitar os contraceptivos que contenham estrogênio, especialmente aqueles com uma dose de estrogênio acima de 35 microgramas/dia.[23] [10]

Várias organizações fornecem orientações sobre a segurança de diferentes métodos contraceptivos em relação às condições de saúde e características pessoais. Estes incluem os Critérios de Elegibilidade Clínica da Organização Mundial da Saúde para o uso de contraceptivos (Medical Eligibility Criteria, MEC),[9] os Critérios de Elegibilidade Clínica dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA (USMEC)[10] e os Critérios de Elegibilidade Clínica da Faculdade de Saúde Sexual e Reprodutiva (UKMEC) no Reino Unido.[8] Consulte a orientação relevante para a sua área ao fornecer contracepção às mulheres.

Algumas das contraindicações mais comuns dos contraceptivos que contêm estrogênio na orientação de USMEC incluem:[10]

- Enxaqueca com aura
- Tabagismo: em mulheres com mais de 35 anos que fumam >15 cigarros/dia
- Cardiopatia isquêmica, passada ou presente
- Acidente vascular cerebral (AVC)
- Cirrose grave ou tumor hepático
- Cirurgia de grande porte com imobilização prolongada (os contraceptivos contendo estrogênio devem ser interrompidos 4 a 6 semanas antes da cirurgia)
- Trombose venosa profunda, passada ou presente
- Hipertensão: pouco controlada (sistólica ≥ 160 mmHg ou diastólica ≥ 100 mmHg)
- Pós-parto: menos de 21 dias
- Câncer de mama, presente (diagnóstico há ≤ 5 anos).

Consulte a sua orientação relevante para obter uma lista completa de contraindicações.

Algumas das contraindicações relativas mais comuns dos contraceptivos que contêm estrogênio na orientação de USMEC incluem:[10]

- Tabagismo: em mulheres com mais de 35 anos que fumam <15 cigarros/dia
- Tratamento simultâneo com alguns anticonvulsivantes (como fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina, lamotrigina)
- Hipertensão: bem controlada ou moderadamente controlada (sistólica de 140 a 159 mmHg ou diastólica de 90 a 99 mmHg)
- Câncer de mama, mais de 5 anos no passado.

Consulte a sua orientação relevante para obter uma lista completa de contraindicações.

Contraceptivos hormonais combinados: pílulas de estrogênio/progestogênio

As pílulas à base de estrogênio/progestogênio estão disponíveis em muitas formulações, com doses variadas de estrogênio e tipos/doses variados de progestogênio. Os contraceptivos hormonais combinados são 92% a 99% efetivos para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3]

As pílulas monofásicas contêm doses fixas de estrogênio e progestogênio. As pílulas multifásicas contêm doses variáveis ao longo do ciclo de um pacote de 28 dias. A maioria dos pacotes contém 21 pílulas ativas e 7 pílulas placebo. O sangramento por supressão acontece geralmente quando a mulher está tomando as pílulas placebo. Alguns produtos mais recentes contêm menos pílulas placebo (por exemplo, 24 pílulas ativas e 4 pílulas placebo), com o objetivo de reduzir o número de gestações indesejadas que acontecem quando as mulheres esquecem de tomar algumas pílulas do pacote.

Os efeitos adversos mais comuns das pílulas anticoncepcionais hormonais combinadas incluem sangramento irregular, náuseas, cefaleias e sensibilidade nos seios.^[15]

A maioria dos efeitos adversos melhora depois dos 2 ou 3 primeiros ciclos, e aqueles que persistem frequentemente remitem quando a paciente troca a formulação da pílula. Sangramento irregular e alterações do humor são efeitos adversos conhecidos, mas não há evidências consistentes de que contraceptivos hormonais combinados causem depressão ou ganho de peso.^[25]

As pílulas à base de estrogênio/progestogênio têm alguns benefícios não contraceptivos, como:^[26] ^[25]

- Melhora das afecções clínicas causadas ou exacerbadas pela menstruação (por exemplo, a menorragia)
- Melhora de algumas afecções não menstruais (por exemplo, a acne)
- Redução do risco de desenvolver determinadas doenças (por exemplo, câncer de ovário, câncer endometrial).^[27]

A fertilidade volta rapidamente quando as mulheres deixam de tomar as pílulas à base de estrogênio/progestogênio.

Contraceptivos hormonais combinados: adesivos de estrogênio/progestogênio

Os adesivos à base de estrogênio/progestogênio contêm hormônios que são absorvidos através da pele. O adesivo é 92% a 99% efetivo para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3]

Cada pacote contém 3 adesivos. As mulheres aplicam um novo adesivo a cada semana durante 3 semanas e não usam nenhum adesivo durante a semana 4. Como cada adesivo libera níveis de hormônios suficientes para durar 9 dias, as mulheres que trocam seu adesivo 1 ou 2 dias mais tarde não aumentam o risco de gestação indesejada.

Os efeitos adversos mais comuns do adesivo incluem sangramento irregular, irritação da pele, cefaleias e náusea.^[15]

Uma revisão Cochrane observou que, em comparação com usuárias de pílulas hormonais combinadas, as mulheres que usavam o adesivo contendo norelgestromina apresentaram mais desconforto mamário, dismenorrea, náusea e vômito.[28]

A maioria dos efeitos adversos melhora depois dos 2 ou 3 primeiros ciclos, e aqueles que persistem frequentemente remitem quando a paciente troca a formulação à base de estrogênio/progestogênio.

O adesivo tem vários benefícios não contraceptivos (Consulte a seção sobre Benefícios não contraceptivos dos contraceptivos hormonais.)

A eficácia do adesivo contraceptivo hormonal combinado pode ser diminuída em mulheres com peso superior a 90 kg. Precauções adicionais ou um método alternativo devem ser aconselhados para as mulheres nesta categoria.[25]

Como o adesivo causa maiores níveis de estrogênio que as pílulas de baixa dosagem ou o anel vaginal, ele pode estar associado a um maior risco de complicações tromboembólicas. Entretanto, dados de longo prazo sobre o risco de tromboembolismo venoso com o adesivo são limitados[29] e o tromboembolismo continua sendo raro entre as usuárias de adesivos. A fertilidade volta rapidamente quando as mulheres deixam de usar o adesivo.

Contraceptivos hormonais combinados: anel vaginal de estrogênio/progestogênio

O anel vaginal contém os hormônios estrogênio e progestogênio, que são absorvidos através da mucosa vaginal. O anel é 92% a 99% efetivo para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).[3]

Cada pacote contém 1 anel. As mulheres geralmente inserem um novo anel que ficará no local por 3 semanas e será removido na 4ª semana. Como cada anel libera níveis de hormônios suficientes para durar 35 dias, as mulheres que trocam seu anel 10 a 15 dias mais tarde não aumentam o risco de gestação indesejada. A longa duração da sua ação faz com que o anel seja especialmente positivo para o uso contínuo (ciclagem estendida; uso contínuo do anel sem intervalo com ausência de anel). Este tem vários benefícios não contraceptivos adicionais, como menor sangramento e uma diminuição dos sintomas de síndrome pré-menstrual (SPM). As mulheres que escolhem a ciclagem estendida podem inserir um novo anel no mesmo dia de cada mês.

Cerca de 4% das mulheres acham que o anel é expelido espontaneamente, o que pode ocorrer com as manobras de Valsalva.[30] As mulheres podem tirar o anel (por exemplo, durante uma relação sexual) por até 3 horas/dia sem que haja perda da eficácia contraceptiva.

Os efeitos adversos mais comuns do anel incluem sangramento irregular, aumento do corrimento vaginal, dor abdominal baixa e dor na mama.[15]

A maioria dos efeitos adversos melhora depois dos primeiros 2 ou 3 ciclos, e aqueles que persistem frequentemente remitem quando a paciente troca a formulação à base de estrogênio/progestogênio. Uma revisão Cochrane relatou que as usuárias do anel apresentaram menos náusea, acne, irritabilidade e depressão do que as usuárias de pílula, mas apresentaram mais irritação e corrimento vaginais.[28] O anel tem vários benefícios não contraceptivos. (Consulte a seção sobre Benefícios não contraceptivos dos contraceptivos hormonais.) A fertilidade volta rapidamente quando as mulheres deixam de usar o anel.

Contraceptivos somente à base de progestogênio

Esses métodos funcionam principalmente tornando o muco cervical espesso. Eles também podem eliminar a ovulação e fazer com que o endométrio fique menos propício à implantação. Os contraceptivos somente à base de progestogênio estão rotineiramente disponíveis nas seguintes formas:

- Pílula
- Implante
- Injeção

- Dispositivo intrauterino de progestogênio. (Este método é abrangido na seção de dispositivos intrauterinos.)

Anéis vaginais somente de progestogênio não são discutidos nesta seção e não estão disponíveis nos EUA ou no Reino Unido. Mais informações sobre esse método podem ser encontradas no Manual Global de Planejamento Familiar da Organização Mundial da Saúde: [\[WHO: family planning - a global handbook for providers\]](#)

Uma vez colocados, o implante e o dispositivo intrauterino não dependem da usuária para serem eficazes.

Os métodos somente à base de progestogênio são apropriados para as mulheres que não podem tomar estrogênio (por exemplo, mulheres que sofrem efeitos adversos ou contraindicações relacionados ao estrogênio). Se houver certeza razoável de que não há risco de gravidez, a maioria das mulheres pode começar a usar a pílula, a injeção ou o implante à base de progestogênio no dia que selecionarem o método, independentemente do fato de terem feito ou não um exame pélvico ou esfregaço de Papanicolaou recente.^[31]

[\[CDC: when to start using specific contraceptive methods\]](#)

A única contraindicação absoluta à contracepção com apenas progestogênio é presença de câncer de mama.^[10] Consulte os Critérios Clínicos de Elegibilidade relevantes para obter uma lista completa de contraindicações relativas, que incluem anticorpos antifosfolídeos positivos, cirrose hepática grave e história prévia de câncer de mama.^[10]

Contraceptivos com apenas progestogênio: pílula apenas com progestogênio

As pílulas somente à base de progestogênio vêm em pacotes mensais monofásicos sem pílulas placebo. A pílula somente à base de progestogênio é 92% a 99% efetiva para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).^[3] Esse método pode ser usado sem riscos durante a lactação. Para maximizar a eficácia, as mulheres devem tomar as pílulas diariamente na mesma hora. As mulheres que tomam a pílula com mais de 3 horas de atraso devem usar um método adicional (por exemplo, qualquer método de barreira) durante 1 semana. A exceção a isso é a pílula desogestrel somente de progestogênio, que tem uma janela de 12 horas de atraso para tomar a pílula.

As mulheres podem ter ou não um período menstrual mensal enquanto tomam as pílulas de progestogênio. Os efeitos adversos comumente relatados incluem alterações nos padrões de sangramento, cefaleias, alterações de humor e sensibilidade mamária.^[15]

A fertilidade volta rapidamente quando as mulheres deixam de tomar a pílula.

Contraceptivos com apenas progestogênio: implante de progestogênio

O implante de progestogênio é um dispositivo contraceptivo inserido debaixo da pele na parte superior do braço. Está disponível como um implante de 2 hastes ou com haste única. O implante de 2 hastes não está disponível nos EUA ou no Reino Unido.

O implante de progestogênio é 99% efetivo para a prevenção da gestação.^[3] O implante de haste única libera etonogestrel durante 3 anos. O sistema de 2 hastes libera levonorgestrel em 4 ou 5 anos, dependendo da licença do produto. ^[32] A duração da utilização dos implantes de liberação de levonorgestrel pode depender do peso, em que mulheres com peso de 80 kg ou mais têm risco de efetividade reduzida no quinto ano. ^[33]

Os implantes de progestogênio devem ser inseridos e removidos por um médico treinado em seu uso.

Muitas mulheres se tornam amenorreicas depois de alguns meses.

Efeitos adversos comumente relatados incluem alterações nos padrões de sangramento, dores de cabeça, dor abdominal, acne (pode melhorar ou piorar), alterações de peso e alterações de humor.[15]

É importante observar (e aconselhar as mulheres) que menos de um quarto das mulheres que usam o implante terão sangramentos regulares, com um terço apresentando sangramento pouco frequente, um quinto não terá sangramento e um quarto terá sangramento prolongado ou frequente. A insatisfação com a hemorragia é frequentemente uma razão para descontinuar este método. [34] Em mulheres com sangramento incômodo, pode-se oferecer o uso em curto prazo (3 meses) de contraceptivos orais hormonais combinados adicionais (fora da licença do produto), mas é importante excluir outras causas de sangramento (como ISTs) primeiro. O uso em longo prazo do implante e contraceptivos orais hormonais combinados não foi estudado.[35] [34]

A fertilidade volta rapidamente quando o implante é retirado.

Contraceptivos com apenas progestogênio: injeção de progestogênio

O acetato de depomedroxiprogesterona (DMPA) é um contraceptivo injetável que pode ser administrado por injeção de depósito intramuscular ou por via subcutânea. A injeção intramuscular de progestogênio é 97% a 99% eficaz para a prevenção da gestação (de uso normal a perfeito).[3] As mulheres recebem essa injeção no consultório do médico ou em forma de autoaplicação a cada 12 a 13 semanas. A injeção de progestogênio diminui o risco de câncer de endométrio e de ovário. Depois de 2 ou mais ciclos, muitas mulheres se tornam amenorreicas.

Os efeitos adversos mais comumente relatados incluem sangramento irregular, ganho de peso, cefaleia, alterações de humor, dor abdominal e diminuição da libido.[15]

O enantato de noretisterona é uma injeção de progestogênio por via intramuscular a cada 8 semanas menos comumente utilizada.

As injeções de progestogênio estão associadas a uma pequena perda de densidade mineral óssea, que é amplamente recuperada quando o DMPA é descontinuado.[2] [36] A densidade óssea se estabiliza depois de 2 anos de uso e volta aos níveis iniciais depois que o método é descontinuado. As usuárias de injeções de progestogênio devem ser aconselhadas sobre dieta e exercícios para manter a saúde óssea, mas não é necessário o monitoramento da densidade óssea. É importante reavaliar os riscos e benefícios desse método a cada 2 anos em mulheres que desejam continuar, mas pode ser continuado além desse período, se apropriado.[37] [36]

Como os níveis de progestogênio diminuem gradualmente no decorrer de vários meses, os efeitos adversos podem persistir durante meses depois de as mulheres terem deixado de usar esse método. Pode haver um atraso de até 1 ano no retorno da fertilidade após a interrupção desse método.[37]

Alguns países disponibilizam a noretisterona injetável.

Benefícios não contraceptivos dos contraceptivos hormonais

Afecções causadas ou exacerbadas pela menstruação: as afecções nesse grupo geralmente melhoram com qualquer contraceptivo hormonal (somente à base de progestogênio ou, estrogênio e progestogênio combinados). Porém, para ter benefícios adicionais e um maior conforto, os contraceptivos hormonais combinados podem ser usados continuamente. Isso significa que as mulheres podem pular o intervalo de pílulas sem hormônios ou sem anel vaginal. Existem evidências de que a ciclagem estendida contínua é efetiva e segura.[38] 3[B]Evidence Entretanto, por causa da variedade de pílulas usadas nos diferentes ensaios, é difícil fazer comparações entre os esquemas.[39]

O uso contínuo de contraceptivos hormonais combinados fornece benefícios para as afecções a seguir, ao eliminar a menstruação:

- Menorragia
- Dismenorreia
- Síndrome pré-menstrual
- Endometriose
- Enxaqueca menstrual
- Menstruação irregular
- Anemia ferropriva
- Intensificações menstruais da artrite reumatoide
- Defeitos na coagulação (por exemplo, porfiria menstrual).

Afecções não menstruais aliviadas por contraceptivos hormonais combinados:

- Acne
- Hirsutismo
- Síndrome do ovário policístico
- Sintomas da perimenopausa.

Redução dos riscos com o uso de contraceptivos hormonais combinados:

- Câncer de ovário
- Câncer de endométrio
- Osteoporose.
- Câncer colorretal.[40]

Dispositivos intrauterinos (DIUs)

Os DIUs funcionam principalmente prevenindo a fertilização. O DIU de progestogênio (sistema intrauterino de levonorgestrel [SIU-LNG]) também espessa o muco cervical e induz a atrofia endometrial. Estão disponíveis dois tipos de DIU:

- Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre
- Dispositivo intrauterino (DIU) com progestogênio.

Os DIUs são muito efetivos, bem tolerados, de ação prolongada e reversíveis. Os DIUs são apropriados para as mulheres que não podem tomar estrogênio (por exemplo, mulheres que sofrem efeitos adversos ou contra-indicações relacionados com o estrogênio). Como o DIU de cobre tem alguns efeitos pós-fertilização, ele pode ser usado como uma contracepção de emergência até 5 dias depois da relação sexual desprotegida. (O DIU de progestogênio não é recomendado para a contracepção de emergência.)[7] Os DIUs podem ser usados por mulheres nulíparas[41] e por aquelas com história de ISTs. Os DIUs podem ser inseridos em qualquer momento do ciclo menstrual desde que a possibilidade de gestação possa ser completamente descartada. Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA recomendam que, se não houver sintomas ou sinais de gestação, e a mulher atender a algum dos seguintes critérios, o profissional da saúde pode ter razoável certeza de que a mulher não está em período de gestação:[7]

- É ≤ 7 dias após o início da menstruação normal
- Não teve relações sexuais desde o início da última menstruação normal
- Tem usado de forma correta e consistente um método confiável de contracepção
- Está dentro de 4 semanas pós-parto.
- Está amamentando totalmente ou quase totalmente (amamentação exclusiva ou a grande maioria $\geq 85\%$ das refeições são amamentação), amenorreica e < 6 meses pós-parto.

Antes de inserir um DIU, há vários riscos que devem ser discutidos com todas as mulheres:[42]

- O risco global de gestação ectópica é reduzido com o uso de DIU em comparação com nenhuma contracepção. No entanto, as poucas gestações que ocorrem com o DIU são mais prováveis de serem ectópicas.[9] [43] [44]

- O risco de expulsão é de cerca de 1 em 20 e é mais comum no primeiro ano de uso (particularmente nos primeiros 3 meses). A expulsão acontece mais frequentemente em mulheres nulíparas e em mulheres nas quais o DIU foi inserido imediatamente após um aborto[45] ou pós-parto.[46]
- O risco de perfuração uterina é de até 2 a cada 1000 inserções. Esse risco é maior em mulheres lactantes. O risco de perfuração diminui com a experiência do profissional que realiza a inserção.[47]

A fertilidade volta rapidamente quando o DIU é retirado e não diminui pelo uso passado do DIU.[48]

Existem informações online disponíveis para as pacientes que podem ajudar a decidir qual tipo de DIU é mais apropriado. [\[Reproductive Health Access Project: IUD information\]](#) [\[CDC: when to start using specific contraceptive methods\]](#)

Dispositivos intrauterinos: DIU de cobre

O DIU de cobre é um contraceptivo não hormonal. Ele é 99% efetivo para a prevenção da gestação. Permanece eficaz por 5 a 12 anos, dependendo do dispositivo usado.[3] Frequentemente, ele causa menstruações mais volumosas e dolorosas durante os primeiros ciclos. Com menor frequência, causa irritação no pênis do parceiro durante o intercursos sexual; este problema pode ser resolvido cortando um pouco o fio do DIU. Pode ser usado como um método pós-coito de contracepção por um período de até 5 dias depois da primeira data do período previsto para a ovulação (ou seja, no 19º dia de um ciclo de 28 dias).[7]

Teoricamente, a inserção do DIU acarreta um risco pequeno e transitório de infecção, o que poderia levar a complicações, como doença inflamatória pélvica. Os antibióticos profiláticos geralmente não são recomendados para inserção. As mulheres podem fazer exames de ISTs no momento da inserção, e depois, quando for preciso (por exemplo, para a avaliação dos sintomas ou para rastreamento). Se o resultado do exame for positivo, os médicos poderão tratar a paciente e seu parceiro de modo seguro sem retirar o DIU.[7]

Existem informações online disponíveis para as pacientes que podem ajudar a decidir qual tipo de DIU é mais apropriado. [\[Reproductive Health Access Project: IUD information\]](#) [\[CDC: when to start using specific contraceptive methods\]](#)

Dispositivos intrauterinos: DIU de progestogênio

O sistema intrauterino de liberação de levonorgestrel (SIU-LNG) funciona principalmente através da prevenção da fertilização, mas também espessa o muco cervical e induz a atrofia do endométrio. Pode prevenir a gestação por 3 a 5 anos, dependendo do tipo selecionado. Ele é 99% efetivo para a prevenção da gestação.[49] Em 1 ano, o sangramento pouco frequente é comum e algumas mulheres se tornam amenorreicas.[42]

Efeitos adversos comumente relatados incluem alterações nos padrões de sangramento, acne, cefaleias, sensibilidade mamária e náusea.[15]

Teoricamente, a inserção do SIU-LNG acarreta um risco pequeno e transitório de infecção, o que poderia levar a complicações, como doença inflamatória pélvica. Os antibióticos profiláticos geralmente não são recomendados para inserção. As mulheres podem fazer exames de ISTs no momento da inserção, e depois, quando for preciso (por exemplo, para a avaliação dos sintomas ou para rastreamento). Se o resultado do exame for positivo, os médicos poderão tratar a paciente e seu parceiro de modo seguro sem retirar o DIU.[7]

Existem informações online disponíveis para as pacientes que podem ajudar a decidir qual tipo de DIU é mais apropriado.

[\[Reproductive Health Access Project: IUD information\]](#)

[\[CDC: when to start using specific contraceptive methods\]](#)

Esterilização

A esterilização proporciona uma proteção muito eficaz, permanente e não reversível contra a gestação. Existem vários procedimentos para mulheres e homens. Os procedimentos de esterilização masculina são menos custosos e implicam menos riscos que os procedimentos de esterilização feminina.[50]

Esterilização: esterilização feminina

A esterilização feminina fornece uma proteção permanente e irreversível contra a gestação. Ele é 99% efetivo para a prevenção da gestação.[3] Esse procedimento consiste em cortar, ligar, cauterizar ou retirar as tubas uterinas.

A esterilização tubária pode ser realizada por meio de uma abordagem laparoscópica, abdominal, histeroscópica ou transvaginal. Uma revisão Cochrane descobriu que as taxas de falha após 12 meses da esterilização e maior morbidade foram resultados raros de qualquer uma das técnicas na revisão (salpingectomia parcial, eletrocoagulação ou uso de grampos ou anéis). Pequenas complicações e falhas técnicas podem ser mais comuns com os anéis do que com os grampos.[51]

Os riscos da esterilização feminina relacionam-se ao procedimento cirúrgico e incluem infecção, sangramento no momento do procedimento e complicações relacionadas à anestesia. Existe também um pequeno risco de insucesso do procedimento (menos de 1 gestação por 100 mulheres no primeiro ano e cerca de 2 gestações por 100 mulheres ao longo de 10 anos).[15]

O risco de arrependimento pós-procedimento é maior entre as mulheres jovens com menos de 30 anos.[52] As mulheres que solicitarem a esterilização também devem ser informadas sobre métodos reversíveis de ação prolongada, como DIUs e implantes contraceptivos. Deve ser explicado às mulheres que estão considerando a esterilização que se destina a fornecer proteção permanente contra a gestação, e que a reversão geralmente não está rotineiramente disponível.[15] [53] [54]

Esterilização: esterilização masculina

A vasectomia fornece uma proteção permanente e irreversível contra a gestação. Ele é 99% efetivo para a prevenção da gestação.[3] A vasectomia é realizada com uma anestesia local e com técnicas com ou sem incisão ("sem bisturi").

Os riscos após o procedimento incluem dor escrotal ou testicular, infecção no local da incisão e hematoma.[15]

A vasectomia não aumenta o risco de câncer de testículo nem de próstata.[55] [56] [57]

Doze semanas depois da vasectomia, os homens devem fazer uma análise de sêmen para confirmar o êxito do procedimento.[7] Até que a análise do sêmen demonstre aspermia, os homens devem ser aconselhados a usarem um método de contracepção de apoio.

A vasectomia pretende ser um método permanente ao longo da vida para proteger contra a gestação e a reversão não está rotineiramente disponível. Portanto, como parte do processo de aconselhamento, os casais também devem estar cientes dos métodos reversíveis de ação prolongada disponíveis para as mulheres.[53]

Contracepção de emergência

A contracepção pós-coito de emergência diminui o risco de gestação depois de uma relação sexual sem proteção. A prescrição antecipada aumenta seu uso sem aumentar as infecções sexualmente transmissíveis nem os comportamentos de risco, mesmo entre adolescentes.[58]

Há 4 tipos:

- Contracepção de emergência somente à base de progestogênio (levonorgestrel)
- Modulador seletivo dos receptores de progesterona (ulipristal)
- Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre
- Contracepção de emergência à base de estrogênio/progestogênio (esquema de Yuzpe).

Não existem contraindicações para o uso de contracepção de emergência em mulheres com condições clínicas específicas ou características pessoais, mas você deve consultar os Critérios Clínicos de Elegibilidade relevantes para obter mais informações.[59] [10]

Existem informações online disponíveis para as pacientes sobre os diferentes tipos de contracepções de emergência:

[Office on Women's Health: emergency contraception]

Contracepção de emergência: contracepção de emergência somente à base de progestogênio

As contracepções somente à base de progestogênio funcionam principalmente evitando ou atrasando a ovulação. Tomado até 72 horas após a relação sexual sem proteção, esse método reduz em 89% o risco de gestação.[3] Este método não interrompe uma gestação depois da nidação. As mulheres podem tomar levonorgestrel por via oral em dose única ou fracionada (1 dose seguida de uma segunda dose 12 horas depois). Este medicamento é mais eficaz quanto mais cedo for tomado, e as evidências sugerem agora que pode ser ineficaz se tomado mais de 96 horas após a relação sexual sem proteção.[60] A eficácia pode ser mais baixa em mulheres com sobrepeso.[61] No entanto, uma análise conjunta de 3 ensaios clínicos randomizados e controlados não encontrou evidências para apoiar essa informação.[62]

Os efeitos adversos comumente relatados incluem cefaleia, náusea e dismenorrea.[63]

As diretrizes sobre a contracepção de emergência variam entre as regiões. Nos EUA, a contracepção de emergência somente à base de progestogênio está disponível sem prescrição. No Reino Unido, a contracepção de emergência somente à base de progestogênio é de venda livre sem prescrição a mulheres com mais de 16 anos.

As mulheres que vomitarem em menos de 3 horas após a ter tomado a contracepção de emergência precisarão repetir a dose. O uso de antieméticos pode ser considerado.[7]

Não é preciso um acompanhamento específico, a menos que haja preocupação com uma possível gestação. Se a menstruação atrasar mais de 7 dias após a contracepção de emergência, um teste de gravidez deve ser realizado.[63]

Qualquer contraceptivo regular pode ser iniciado imediatamente após a contracepção de emergência somente à base de progestogênio (conhecida como "início rápido"), mas a mulher precisaria se abster de relações sexuais ou usar contracepção de barreira por 7 dias. A orientação dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA recomenda um teste de gravidez se não houver sangramento dentro de 3 semanas.[7] No entanto, a orientação do Reino Unido recomenda que, para mulheres que iniciam rapidamente a contracepção hormonal, seja aconselhável um teste de gravidez, mesmo que haja sangramento (uma vez que o sangramento associado à contracepção pode não representar a menstruação). Um teste de gravidez na urina 21 dias após o último episódio de a relação sexual sem proteção exclui gestação.[63]

Contracepção de emergência: ulipristal

O ulipristal é um modulador seletivo dos receptores de progesterona. Ele tem efeitos agonistas e antagonistas nos receptores de progesterona. Embora seu mecanismo de ação seja incerto, ele pode funcionar atrasando a ovulação e por efeitos endometriais. Tomado nos 5 dias posteriores à relação sexual sem proteção, ele reduz em cerca de 90% o risco de gestação.[64] A eficácia do ulipristal pode ser menor em mulheres obesas.[61] [65] A orientação dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) dos EUA alerta que a contracepção de emergência somente à base de ulipristal e somente à base de

progestogênio tem eficácia similar quando tomada dentro de 3 dias após a relação sexual sem proteção, mas ulipristal é mais eficaz entre 3 a 5 dias após a relação sexual sem proteção.[7] Os dados da metanálise sugerem que o ulipristal é significativamente mais eficaz do que a contracepção de emergência com levonorgestrel na prevenção da gestação quando tomado de 0 a 120 horas após a relação sexual sem proteção.[64]

O ulipristal não é adequado para pacientes com asma grave controlada por glicocorticoides orais. Os efeitos adversos incluem cefaleia, náusea e dismenorreia.[63]

Não é preciso um acompanhamento específico, a menos que haja preocupação com uma possível gestação. Se a menstruação atrasar mais de 7 dias após a contracepção de emergência, um teste de gravidez deve ser realizado.[63]

As mulheres devem ser aconselhadas a aguardar 5 dias após o uso de ulipristal antes de iniciar a contracepção hormonal, uma vez que pode diminuir a eficácia do ulipristal. A paciente precisaria se abster de relações sexuais ou usar contracepção de barreira por 7 dias após iniciar ou retomar a contracepção regular. A orientação do CDC dos EUA aconselha um teste de gravidez se não houver sangramento de supressão dentro de 3 semanas.[7] No entanto, a orientação do Reino Unido recomenda que, para mulheres que iniciam rapidamente a contracepção hormonal, seja aconselhável um teste de gravidez, mesmo que haja sangramento (uma vez que o sangramento associado à contracepção pode não representar a menstruação). Um teste de gravidez na urina 21 dias após o último episódio de a relação sexual sem proteção exclui gestação.[63] Existe risco de gestação se outras relações sexuais sem proteção ocorrerem antes do início da contracepção em andamento, e o risco de diminuir a eficácia do ulipristal deve ser ponderado em relação ao risco de não iniciar um método contraceptivo hormonal regular.[7]

Na União Europeia, ulipristal está disponível sem prescrição.

Contracepção de emergência: DIU de cobre

O DIU de cobre previne a fertilização e tem alguns efeitos pós-fertilização, com uma reação inflamatória endometrial local impedindo o implante. É quase 100% eficaz até 5 dias depois da relação sexual sem proteção.[3] Ele mantém sua eficácia elevada ao longo da totalidade da janela de 5 dias e em pacientes obesas.[66] [67]

Os efeitos adversos incluem alterações nos padrões de sangramento; em particular, menstruação prolongada e intensa, sangramento irregular e dismenorreia.[15]

Este é o contraceptivo de emergência mais eficaz[63] e é o melhor método para mulheres que querem um DIU para contracepção em longo prazo. Os Critérios Clínicos de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde para o uso de contraceptivos afirmam que a inserção de um DIU pode aumentar o risco de doença inflamatória pélvica em mulheres com risco aumentado de ISTs; entretanto, evidências limitadas sugerem que esse risco é baixo.[68]

Contracepção de emergência: contracepção de emergência à base de estrogênio/progestogênio

As contracepções de emergência à base de estrogênio/progestogênio funcionam principalmente evitando ou atrasando a ovulação. Tomado até 72 horas após a relação sexual sem proteção, esse método reduz em 75% o risco de gestação.[3] O estrogênio e o progestogênio combinados são tomados em 2 doses no esquema de Yuzpe, que consiste em uma dose de etinilestradiol e levonorgestrel, seguida de uma dose repetida 12 horas depois.[69] [7] Não há nenhum produto específico de contracepção de emergência combinada disponível nos EUA, e este método não é mais usado no Reino Unido.[63] O esquema de Yuzpe, portanto, envolve tomar doses de uma caixa completa de pílulas contraceptivas hormonais combinadas. As instruções específicas dependem da marca do contraceptivo oral utilizado. Este método não interrompe uma gestação depois da nidação. Causa mais náuseas e vômitos do que a contracepção de emergência apenas com progestogênio ou ulipristal e é menos eficaz.[7]

As mulheres que vomitarem em menos de 3 horas após a ter tomado a contracepção de emergência precisarão repetir a dose. Evidências sugerem que antieméticos podem reduzir náusea e vômito em mulheres que tomam contracepção de emergência combinada, então seu uso deve ser considerado.[7]

Não é preciso um acompanhamento específico, a menos que haja preocupação com uma possível gestação. Se a menstruação atrasar mais de 7 dias após a contracepção de emergência, um teste de gravidez deve ser realizado.[63]

Qualquer contraceptivo regular pode ser iniciado imediatamente após a contracepção combinada (conhecida como "início rápido"), mas a mulher precisaria se abster de relações sexuais ou usar contracepção de barreira por 7 dias. A orientação dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças dos EUA recomenda um teste de gravidez se não houver sangramento dentro de 3 semanas.[7] No entanto, a orientação do Reino Unido recomenda que, para mulheres que iniciam rapidamente a contracepção hormonal, seja aconselhável um teste de gravidez, mesmo que haja sangramento (uma vez que o sangramento associado à contracepção pode não representar a menstruação). Um teste de gravidez na urina 21 dias após o último episódio de a relação sexual sem proteção exclui gestação.[63]

Recursos online

1. [CDC: reproductive health - contraception](#) (*external link*)
2. [WHO: family planning - a global handbook for providers](#) (*external link*)
3. [Reproductive Health Access Project: quick-start algorithm](#) (*external link*)
4. [CDC: when to start using specific contraceptive methods](#) (*external link*)
5. [Reproductive Health Access Project: IUD information](#) (*external link*)
6. [Office on Women's Health: emergency contraception](#) (*external link*)

Nível de evidência

1. Risco de neoplasia cervical: existem evidências de baixa qualidade que sugerem que as mulheres que usam um controle de natalidade hormonal sem um exame pélvico simultâneo não correm um risco substancialmente maior de neoplasia cervical em comparação com as mulheres que usam práticas clínicas tradicionais de planejamento familiar.[12]

Nível de evidência C: Estudos observacionais (coorte) de baixa qualidade ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes com falhas metodológicas.

2. Risco de transmissão do HIV: existem evidências de alta qualidade de que prostitutas em Benim, Costa do Marfim, África do Sul e Tailândia que usaram mais de 3.5 aplicações de COL-1492 (um gel vaginal de nonoxinol-9) diariamente tiveram quase o dobro de risco de contrair uma infecção por HIV-1 que mulheres em situação semelhante que usam placebo.[16]

Nível de evidência A: Revisões sistemáticas (RSs) ou estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de >200 participantes.

3. Efetividade da prevenção da gestação e segurança: existem evidências de qualidade moderada de que o Seasonale, um contraceptivo oral de ciclo estendido de 91 dias (30 microgramas de etinilestradiol/150 microgramas de levonorgestrel), tomado em um ciclo de 84 comprimidos ativos, seguido de 7 dias de placebo por 1 ano, é seguro, eficaz e bem tolerado em comparação com o Nordette-28 (30 microgramas de etinilestradiol/150 microgramas de levonorgestrel) tomado em um ciclo convencional por mulheres adultas e sexualmente ativas entre 18 e 40 anos.[38]

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, et al. US selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016 Jul 29;65(4):1-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. UK Medical Eligibility Criteria for contraceptive use (UKMEC). May 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
- World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for contraceptive use (MEC). 5th ed. 2015. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al; Centers for Disease Control and Prevention. US Medical Eligibility Criteria (USMEC) for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016 Jul 29;65(3):1-103. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, et al. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: Current practice vs evidence. JAMA. 2001 May 2;285(17):2232-9. [Resumo](#)

Referências

1. Office for National Statistics. Conception statistics: conceptions in England and Wales 2016. March 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
2. National Institute for Health and Care Excellence. Long-acting reversible contraception. September 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
3. Hatcher R. Contraceptive technology. 20th ed. New York: Ardent Media; 2011. [Texto completo](#)
4. Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. N Engl J Med. 2016 Mar 3;374(9):843-52. [Texto completo](#) [Resumo](#)
5. Jones RK, Jerman J. Population group abortion rates and lifetime incidence of abortion: United States, 2008-2014. Am J Public Health. 2017 Dec;107(12):1904-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
6. Jatlaoui TC, Shah J, Mandel MG, et al. Abortion surveillance - United States, 2014. MMWR Surveill Summ. 2017 Nov 24;66(24):1-48. [Texto completo](#) [Resumo](#)
7. Curtis KM, Jatlaoui TC, Tepper NK, et al. US selected practice recommendations for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016 Jul 29;65(4):1-66. [Texto completo](#) [Resumo](#)
8. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. UK Medical Eligibility Criteria for contraceptive use (UKMEC). May 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
9. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for contraceptive use (MEC). 5th ed. 2015. [Texto completo](#) [Resumo](#)
10. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al; Centers for Disease Control and Prevention. US Medical Eligibility Criteria (USMEC) for contraceptive use, 2016. MMWR Recomm Rep. 2016 Jul 29;65(3):1-103. [Texto completo](#) [Resumo](#)

11. Stewart FH, Harper CC, Ellertson CE, et al. Clinical breast and pelvic examination requirements for hormonal contraception: Current practice vs evidence. JAMA. 2001 May 2;285(17):2232-9. [Resumo](#)
12. Sawaya GF, Harper C, Balistreri E, et al. Cervical neoplasia risk in women provided hormonal contraception without a Pap smear. Contraception. 2001;63:57-60. [Resumo](#)
13. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 710. Counseling adolescents about contraception. August 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
14. White KO, Westhoff C. The effect of pack supply on oral contraceptive pill continuation: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2011 Sep;118(3):615-22. [Resumo](#)
15. World Health Organization. Family planning - a global handbook for providers. 3rd edition. 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
16. Van Damme L, Ramjee G, Alary M, et al. Effectiveness of COL-1492, a nonoxynol-9 vaginal gel, on HIV-1 transmission in female sex workers: a randomised controlled trial. Lancet. 2002 Sep 28;360(9338):971-7. [Resumo](#)
17. Stephenson J. Widely used spermicide may increase, not decrease, risk of HIV transmission. JAMA. 2000 Aug 23-30;284(8):949. [Resumo](#)
18. Gaffield ME, Culwell KR, Lee CR. The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. Contraception. 2011 Jan;83(1):16-29. [Resumo](#)
19. Lopez LM, Newmann SJ, Grimes DA, et al. Immediate start of hormonal contraceptives for contraception. Cochrane Database Syst Rev. 2012 Dec 12;(12):CD006260. [Texto completo](#) [Resumo](#)
20. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Clinical guidance: quick starting contraception - April 2017. April 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
21. Burkman R, Schlesselman JJ, Zieman M. Safety concerns and health benefits associated with oral contraception. Am J Obstet Gynecol. 2004 Apr;190(4 Suppl):S5-22. [Resumo](#)
22. Reid R, Leyland N, Wolfman W, et al. SOGC clinical practice guidelines: Oral contraceptives and the risk of venous thromboembolism: an update: no. 252, December 2010. Int J Gynaecol Obstet. 2011 Mar;112(3):252-6. [Resumo](#)
23. Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, et al. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. BMJ. 2013 Sep 12;347:f5298. [Texto completo](#) [Resumo](#)
24. Wu CQ, Grandi SM, Filion KB, et al. Drospirenone-containing oral contraceptive pills and the risk of venous and arterial thrombosis: a systematic review. BJOG. 2013 Jun;120(7):801-10. [Texto completo](#) [Resumo](#)
25. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Clinical guidance: combined hormonal contraception - August 2012. August 2012 [internet publication]. [Texto completo](#)
26. ESHRE Capri Workshop Group. Noncontraceptive health benefits of combined oral contraception. Hum Reprod Update. 2005 Sep-Oct;11(5):513-25. [Texto completo](#) [Resumo](#)

27. Iodice S, Barile M, Rotmensz N, et al. Oral contraceptive use and breast or ovarian cancer risk in BRCA1/2 carriers: a meta-analysis. *Eur J Cancer*. 2010 Aug;46(12):2275-84. [Resumo](#)
28. Lopez LM, Grimes DA, Gallo MF, et al. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Apr 30;(4):CD003552. [Texto completo](#) [Resumo](#)
29. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Statement: venous thromboembolism (VTE) and hormonal contraception - November 2014. November 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
30. Shimoni N, Westhoff C. Review of the vaginal contraceptive ring (NuvaRing). *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2008 Oct;34(4):247-50. [Texto completo](#) [Resumo](#)
31. Abdel-Aleem H, d'Arcangues C, Vogelsong KM, et al. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Oct 21;(10):CD003449. [Texto completo](#) [Resumo](#)
32. World Health Organization. WHO statement on progestogen-only implants. 2015
33. World Health Organization. Selected practice recommendations for contraceptive use. Third edition. Geneva:World Health Organization; 2016. [Resumo](#)
34. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Clinical guidance: progestogen-only implants - February 2014. February 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
35. Guiahi M, McBride M, Sheeder J, et al. Short-term treatment of bothersome bleeding for etonogestrel implant users using a 14-day oral contraceptive pill regimen: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*. 2015 Sep;126(3):508-13. [Resumo](#)
36. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 602. Depot medroxyprogesterone acetate and bone effects. June 2014 (re-affirmed 2017) [internet publication]. [Texto completo](#)
37. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Clinical guidance: progestogen-only injectable contraception - December 2014. December 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
38. Anderson FD, Hait H. A multicenter, randomized study of an extended cycle oral contraceptive. *Contraception*. 2003 Aug;68(2):89-96. [Resumo](#)
39. Edelman AB, Micks E, Gallo MF, et al. Continuous or extended cycle versus cyclic use of combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014 Jul 29;(7):CD004695. [Texto completo](#) [Resumo](#)
40. Bosetti C, Bravi F, Negri E, et al. Oral contraceptives and colorectal cancer risk: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*. 2009 Sep-Oct;15(5):489-98. [Texto completo](#) [Resumo](#)
41. Lyus R, Lohr P, Prager S, et al. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 2010 May;81(5):367-71. [Resumo](#)
42. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Clinical guidance: intrauterine contraception - October 2015. October 2015 [internet publication]. [Texto completo](#)

43. Grimes DA. Intrauterine devices and infertility: sifting through the evidence. Lancet. 2001 Jul 7;358(9275):6-7. [Resumo](#)
44. Grimes DA. Intrauterine device and upper-genital-tract infection. Lancet. 2000 Sep 16;356(9234):1013-9. [Resumo](#)
45. Okusanya BO, Oduwole O, Effa EE. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Jul 28;(7):CD001777. [Texto completo](#) [Resumo](#)
46. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 670. Immediate postpartum long-acting reversible contraception. August 2016 [internet publication]. [Texto completo](#)
47. Black A, Guilbert E, Costescu D, et al. Canadian Contraception Consensus (Part 3 of 4): Chapter 7 - intrauterine contraception. J Obstet Gynaecol Can. 2016 Feb;38(2):182-222. [Resumo](#)
48. Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor D, et al. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. N Engl J Med. 2001 Aug 23;345(8):561-7. [Texto completo](#) [Resumo](#)
49. Nelson A, Apter D, Hauck B, et al. Two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2013 Dec;122(6):1205-13. [Resumo](#)
50. Mosher WD, Martinez GM, Chandra A, et al. Use of contraception and use of family planning services in the United States: 1982-2002. Adv Data. 2004 Dec 10;(350):1-36. [Resumo](#)
51. Lawrie TA, Kulier R, Nardin JM. Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation. Cochrane Database Syst Rev. 2016 Aug 5;(8):CD003034. [Texto completo](#) [Resumo](#)
52. Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, et al. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. Obstet Gynecol. 1999 Jun;93(6):889-95. [Resumo](#)
53. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Male and female sterilisation - September 2014. September 2014 [internet publication]. [Texto completo](#)
54. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). ACOG Committee Opinion No. 695. Sterilization of women: ethical issues and considerations. April 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
55. Bhindi B, Wallis CJD, Nayan M, et al. The association between vasectomy and prostate cancer: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2017 Sep 1;177(9):1273-86. [Resumo](#)
56. Møller H, Knudsen LB, Lynge E. Risk of testicular cancer after vasectomy: cohort study of over 73,000 men. BMJ. 1994 Jul 30;309(6950):295-9. [Texto completo](#) [Resumo](#)
57. Duan H, Deng T, Chen Y, et al. Association between vasectomy and risk of testicular cancer: a systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2018 Mar 22;13(3):e0194606. [Texto completo](#) [Resumo](#)
58. Meyer JL, Gold MA, Haggerty CL. Advance provision of emergency contraception among adolescent and young adult women: a systematic review of literature. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011 Feb;24(1):2-9. [Resumo](#)

59. Jatlaoui TC, Riley H, Curtis KM. Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception. *Contraception*. 2016 Feb;93(2):93-112. [Resumo](#)
60. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception*. 2011 Jul;84(1):35-9. [Resumo](#)
61. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, et al. Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*. 2011 Oct;84(4):363-7. [Resumo](#)
62. Gemzell-Danielsson K, Kardos L, von Hertzen H. Impact of bodyweight/body mass index on the effectiveness of emergency contraception with levonorgestrel: a pooled-analysis of three randomized controlled trials. *Curr Med Res Opin*. 2015 Dec;31(12):2241-8. [Resumo](#)
63. The Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH) of the Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. Clinical guidance: emergency contraception. December 2017 [internet publication]. [Texto completo](#)
64. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010 Feb 13;375(9714):555-62. [Resumo](#)
65. Moreau C, Trussell J. Results from pooled phase III studies of ulipristal acetate for emergency contraception. *Contraception*. 2012 Dec;86(6):673-80. [Texto completo](#) [Resumo](#)
66. Belden P, Harper CC, Speidel JJ. The copper IUD for emergency contraception, a neglected option. *Contraception*. 2012 Apr;85(4):338-9. [Resumo](#)
67. Shen J, Che Y, Showell E, et al. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Aug 2;(8):CD001324. [Texto completo](#) [Resumo](#)
68. World Health Organization. Emergency contraception fact sheet. February 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)
69. Yuzpe AA, Lancee WJ. Ethinylestradiol and dl-norgestrel as a postcoital contraceptive. *Fertil Steril*. 1977 Sep;28(9):932-6. [Resumo](#)

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Anne Burke, MD, MPH

Associate Professor

Johns Hopkins University, Baltimore, MD

DIVULGAÇÕES: AB has received research funding from Bayer and NICHD through Johns Hopkins University.

Ruth Lesnewski, MD, MS

Assistant Clinical Professor

Mount Sinai School of Medicine, New York, NY

DIVULGAÇÕES: RL declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Larry Leeman, MD, MPH

Associate Professor of Family and Community Medicine

Associate Professor of Obstetrics and Gynecology, Family Medicine Department, University of New Mexico, Albuquerque, NM

DIVULGAÇÕES: LL declares that he has no competing interests.

Suzan Goodman, MD, MPH

Director

TEACH Program, Assistant Clinical Professor, UCSF and UCD, San Francisco, CA

DIVULGAÇÕES: SG has served as an Implanon training specialist for Organon Inc.

Lesley Bacon, FFSRH, MRCGP

Consultant in Sexual and Reproductive Health

Lewisham Primary Care Trust, Waldron Health Centre, London, UK

DIVULGAÇÕES: LB was a member of the group that produced the 2006 Faculty of Sexual and Reproductive Health guidance on the management of women with vaginal discharge presenting in non-GU setting.