

## MÉTODOS CONTRACETIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA DURAÇÃO (LARCs)\*

Método	Dose	Posologia	Mecanismo	Padrão hemorrágico esperado**	Critérios de elegibilidade	Contra-indicação (categoria 3/4)	Início	Efeitos secundários	Complicações	Notas
Hormonal	Injetável	Acetato de medroxiprogesterona (150 mg)	IM, q12 semanas	Inibição da ovulação; Espessamento do muco cervical com redução da penetração e viabilidade do espermatozoide; Indução de alterações no endométrio não favoráveis à implantação.	Perda hemática comum no primeiro trimestre; <b>50% em amenorria no 1º ano</b> de utilização.	Contra-indicação para uso de estrogénio; <b>Anemia falciforme e epilepsia.</b>	HTA grave; Diabetes complicada; Múltiplos FRCV; TVP/EP; Doença hepática grave; Cancro da mama; Hemorragia genital de etiologia não esclarecida.	<b>Quick start:</b> início em qualquer dia do ciclo desde que excluída a gravidez e utilizado outro método em associação durante 7 dias. <b>Pode ser iniciado do 1º ao 5º dia do ciclo</b> não sendo necessário associar outro método. No dia da remoção do implante e no dia seguinte à última toma de CHC.	Diminuição da DMO (reversível após descontinuação); Efeitos metabólicos (ligeiro aumento da insulina, sem efeitos no metabolismo dos HC); Alteração ponderal (utilizadoras de COC e Progestativo injetável com aumento de peso ao longo de 6 anos de FU); Pode retardar a fertilidade 6 a 9 meses após a sua suspensão.	Não modificado por fármacos indutores enzimáticos; No caso de abortamento medicamentoso existe o risco de interação com mifepristone.
	Subcutânea	Etonogestrel (68 mg) - metabolito ativo do desogestrel	3 anos (FDA), eficácia até 5 anos <sup>1</sup>	Perda hemática comum no primeiro trimestre e preditiva do padrão; <b>19-25% em amenorria no 1º ano</b> de utilização.	Não elegíveis para uso de estrogénios.		Quick start: excluir gravidez e associado a outro método durante 7 dias pode ser iniciado em qualquer dia do ciclo. Pode ser iniciado no 1º dia do ciclo sem associar a outro método.	Ocasionalmente poderá originar quistos funcionais do ovário;	Pouco frequentes: infeção do local de inserção (maioria nos primeiros 2 meses) e dificuldade na remoção ou implante não palpável (radiopaco - referenciar); Raras: expulsão do implante (mais frequente nos primeiros 4 meses); Muito raras: migração do implante.	Pode ser iniciado imediatamente após abortamento ou parto sem necessidade de associar a outro método. Fertilidade restabelecida ao fim de 21 dias. Eficácia modificada pelo uso de fármacos indutores enzimáticos (associar método durante uso de medicação e nas 4 semanas seguintes).
Hormonal	Intrauterina	LNG 52 mg (Mirena®/Levosert®) LNG 19,5 mg (Kayleena®) LNG 13,5 mg (Jaydess®)	5 anos (FDA), eficácia até 7 anos <sup>1</sup> 5 anos 3 anos	Perda hemática comum no primeiro trimestre; <b>Redução em 90% do fluxo</b> menstrual demonstrada ao longo de 12 meses de utilização; <b>20% em amenorria no 1º ano</b> (6% no LNG 13,5 mg); 30-50% em amenorria no 3º ano (12% no LNG 13,5 mg).	<b>SIU com 52 mg LNG:</b> Contraceção eficaz com baixo nível de progestativo; Tratamento de hemorragia uterina anómala, possível amenorria em 20 a 40% das utilizadoras; Indicado para mulheres sob anticoagulação ou com diástases hemorrágicas (aumenta Hb e a qualidade de vida); Tratamento da dismenorria; Tratamento ou profilaxia da hiperplasia simples do endométrio; Tratamento de sintomas de endometriose ou adenomiose; Proteção endometrial durante terapêutica com estrogénios ou tamoxifeno; Parece diminuir o risco de cancro do endométrio, ovário e colo; Indicado para úteros com histerometria superior a 5,5 cm e sem limite superior. <b>SIU com dose inferior:</b> Menores dimensões e adequadas a nulíparas; Mulheres que desejam hemorragias cíclicas, mas com diminuição do volume menstrual; Diminuição da dismenorria.	Gravidez (diagnosticada ou suspeita); Malformações uterinas; Anomalias uterinas com <b>distorção da cavidade</b> ; 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); <b>Carcinoma da mama com recetores progestativos positivos (até 5 anos)</b> (SIU).	Avaliação pré-colocação com história clínica, exame objetivo com exame ginecológico e consentimento informado; Em qualquer altura do ciclo após exclusão de gravidez; Controlo ao fim de 3 meses pós-colocação é opcional. Sem interações medicamentosas.	<b>Nos primeiros meses de SIU:</b> - efeitos do progestativo (tensão mamária, irritabilidade, cefaleias, aumento ponderal, spotting e acne); - quistos funcionais do ovário.  Quistos funcionais do ovário podem ocorrer com SIU, a maioria assintomáticos e com resolução espontânea ao fim de 3 meses;	Fios não visíveis: Ecografia localizadora; Rx no caso de SIU com LNG.  Dificuldade na remoção: Fios não visíveis: tenta retirar com a pinça adequada ou por histeroscopia.  Dor ou hemorragia anormal: Expulsão em curso (mais comum no 1º ano); Perfuração; Infeção.  Perforação uterina (0,06 a 0,16%) sendo mais frequente em mulheres a amamentar; Remoção cirúrgica.  Infeção após colocação: baixo risco (1%), mais frequente nos primeiros 20 dias após colocação.  <b>DIP:</b> Iniciar antibioterapia; Não é necessária a remoção do CIU exceto se sem reposta terapêutica ao fim de 48-72h; Se necessário retirar para tratamento (DIP grave), deve fazer atb profilática prévia.	Jaydess® e Kayleena® constituídos por sulfato de bário e anel de prata; mirena® apenas sulfato de bário. Todos são radio-opacos.
	Não Hormonal	DIU cobre	10 anos Eficácia demonstrada por mais de 20 anos <sup>1</sup>	Reação inflamatória citotóxica no endométrio; Toxicidade para espermatozoide e óvulo (inibição da mobilidade e da capacitação, diminuição da sobrevivência, fagocitose do esperma); Aceleração da apoptose do óvulo; Alterações da motilidade tubária.	Não elegíveis para uso de estrogénios; Manter hemorragias menstruais cíclicas; Contraceção de emergência; Cavidade uterina entre 6 a 9 cm para ótima performance.				Probabilidade de gravidez de 0,6% no 1º ano, 1,6% no 7º ano e 2,2% nos 8 a 12 anos. Maior taxa de falha em mulheres com menos de 25 anos (maior fertilidade neste grupo etário).	

### Referências bibliográficas:

Pacheco, A., Costa, A., Lanhoso, A., Santos, A. and Rodrigues, C. et al., 2020. Consenso sobre Contraceção. [ebook] Lisboa: Sociedade Portuguesa da Contraceção. Disponível em: <https://www.spdc.pt/images/SPDC\_Consensos\_2020\_novo\_21julho2021\_digital\_book\_website.pdf>  
Apf.pt. n.d. Métodos Contraceptivos | Associação para o Planeamento da Família. [online] Available at: <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos>  
1 A eficácia demonstrada relativamente à duração do efeito contraceptivo carece de estudos com maior robustez para a sua alteração no Resumo de Características do Medicamento (RCM) do Informed.

\* Segundo as orientações NICE incluem-se os métodos administrados com periodicidade superior a 4 semanas ou 12 semanas segundo a ACOG.  
São métodos com eficácia e efetividade sobreponíveis, ao contrário dos métodos dependentes do coito e da utilizadora.

\*\* Frequência de perda hemorrágica e spotting diminuem com o tempo de utilização do contraceptivo;

\*\*\* Não existe intervenção terapêutica com evidência científica demonstrada para o controlo do padrão hemorrágico problemático com o uso de contraceção hormonal;

\*\*\*\* A injeção ou método hormonal após CE com AUP deve ser iniciada após 5 dias.

