

A stylized illustration of a man and a woman embracing. The man is on the left, wearing a green shirt, and the woman is on the right, wearing an orange top. They are shown in profile, facing each other. The background features a large, abstract orange shape on the right side.

GUIA PRÁTICO

CONTRACEÇÃO

Autoras

Ana Paula Carvoeiro

Médica de Família

Catarina Lírio

Médica Interna de MGF, USF Almada, ULS Almada-Seixal

Inês de Lima Ferreira

Médica de Família, Centro de Saúde Santo António, Funchal

Jéssica A. G. Nunes

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF Estrela do Mar, ULS Algarve

Ludovina Rocha

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF São Neutel, ULS Trás-os-Montes e Alto Douro

Mariana Castro Guimarães

Médica de Família, USF Avenças, ULS Lisboa Ocidental

Mariana Sousa Gonçalves

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF S. Miguel-o- Anjo, ULS Médio Ave

Mariana V. T. Magalhães

Médica Interna de Medicina Geral e Familiar, USF de Fânzeres, ULS Santo António

Rafaela Ventura

Médica de Família, USF São Martinho de Pombal, ULS Região de Leiria

GUIA PRÁTICO DA CONTRACEÇÃO

Índice:

1.	Métodos Hormonais Combinados (CHC), Progestativos Orais (CPO) e de Longa Duração Reversíveis (LARCs)	6
	a. Caracterização (composição, dose, duração, posologia, validade).....	6
	b. Princípios de elegibilidade e exclusão	9
	c. Como iniciar / trocar	11
	d. O que fazer em caso de esquecimento	12
	e. Efeitos benéficos não contraceptivos	14
	f. Efeitos indesejáveis	15
	g. Regimes terapêuticos para a normalização do padrão hemorrágico	18
2.	Métodos de Barreira	18
3.	Métodos Naturais	20
4.	Contraceção Definitiva	21
5.	Contraceção de Emergência (CE)	22

Abreviaturas:

AF: Antecedentes Familiares

AP: Antecedentes Pessoais

AUP: Acetato de Ulipristal

AVC: Acidente Vascular Cerebral

CE: Contraceção de Emergência

CHC: Contraceptivo Hormonal Combinado

CPO: Contraceptivo Progestativo Oral

Cu: Cobre

DCV: Doença Cardiovascular

DG: Diabetes Gestacional

DII: Doença Inflamatória Intestinal

DIU: Dispositivo Intrauterino

DM: Diabetes Mellitus

EE: Etinilestradiol

FR: Fator de Risco

HTA: Hipertensão Arterial

HUA: Hemorragia Uterina Anómala

IMC: Índice de Massa Corporal

IST: Infecção Sexualmente Transmissível

IVG: Interrupção Voluntária da Gravidez

LARCS: Contraceptivos de Longa Duração Reversíveis (Long-Acting Reversible Contraception)

LNG: Levonorgestrel

LOA: Lesão de Órgão Alvo

OMS: Organização Mundial de Saúde

RS: Relação Sexual

SAAF: Síndrome Anti-fosfolipídico

SIU: Sistema Intrauterino

TEP: Tromboembolismo Pulmonar

TEV: Tromboembolismo Venoso

1. **Contraceptivos Hormonais Combinados (CHC), Progestativos Orais (CPO) e de Longa Duração Reversíveis (LARCs)**

a. **Caracterização (composição, dose, duração, posologia, validade)**

Contraceptivos Hormonais Combinados (CHC)

A CHC consiste na associação de progestativo (responsável pelo efeito contraceptivo) e estrogénio (adjuvante no controlo do ciclo), maioritariamente etinilestradiol (EE).

Pode ser administrada por diferentes vias para maior adesão terapêutica ou comodidade (oral, transdérmica e vaginal), com eficácia e riscos semelhantes. As vias transdérmica e vaginal devem ser consideradas nas mulheres com dificuldades na toma oral diária, com problemas na deglutição, ou com alterações gastrointestinais malabsortivas (ex.: cirurgia bariátrica ou doença inflamatória intestinal).

Quanto à posologia (Quadro 1), pode ser adaptada à preferência da mulher, sendo que o regime de toma/ uso contínuo sem intervalo livre parece melhorar a adesão e não tem impacto adverso na saúde ou na fertilidade. Os regimes contínuos podem ser benéficos em algumas situações clínicas (ex.: endometriose) e melhoram os sintomas associados ao declínio dos níveis hormonais, particularmente dos estrogénios, na altura da pausa (ex.: síndrome pré-menstrual, cefaleias catameniais).

21, oral	Toma de 21 comprimidos, seguido de 7 dias de intervalo livre
28, oral: 21+7 ou 24+4	Toma contínua de 28 comprimidos: 21 de pílula + 7 de placebo ou 24 de pílula + 4 de placebo
21, vaginal	Utilização de anel vaginal mensal durante 21 dias, durante os quais o anel não deve permanecer fora da vagina por mais de 3h, com 7 dias de intervalo livre entre cada anel
21, transdérmico	Utilização de adesivo semanal durante 3 semanas, seguido de 7 dias de intervalo livre. As zonas para aplicação são: a nádega, o braço, a região deltóide e o abdómen inferior.
Regime contínuo	Toma ou uso contínuo de qualquer método, sem intervalo livre/ toma de placebo

Quadro 1

Contraceptivos Progestativos Oraís (CPO)

A CPO é uma opção para as mulheres que pretendam uma contraceção livre de estrogénios e para as que não sejam elegíveis para o uso de CHC. Os regimes de administração são semelhantes aos dos CHC orais (Quadro 1).

Contraceptivos de Longa Duração Reversíveis (LARCs)

Os LARCs são os métodos que permitem uma contraceção efetiva por um longo período sem colaboração da utilizadora. Incluem-se os métodos hormonais só com progestativo (injetável, subcutâneo e intrauterino) e não hormonais (dispositivo intrauterino de cobre) (Quadro 2), que têm apresentações e formas de administração diferentes, o que permite a escolha tendo em conta a situação clínica e preferência da utilizadora.

Método	Nome Comercial	Substância ativa (dosagem)	Validade do efeito contraceptivo
Injetável	Depo-Provera®	Acetato de medroxiprogesterona 150mg/mL	12 semanas
Implante Subcutâneo	Implanon NXT®	Etonogestrel 68mg	3 anos
SIU	Jaydess®	Levonorgestrel 13,5mg	3 anos
	Kyleena®	Levonorgestrel 19,5mg	5 anos
	Levosert One®	Levonorgestrel 52mg	8 anos
	Mirena®	Levonorgestrel 52mg	8 anos
DIU-Cu	TCu380 A, Cu375	Cobre	10 e 5 anos, respetivamente

Quadro 2

O Quadro 3 apresenta os métodos contraceptivos hormonais atualmente existentes em Portugal, indicando as combinações de progestativos e estrogénios, respetivos nomes comerciais, dosagem e posologia.

ESTROGÉNIO PROGESTATIVO efeitos hormonais	EE (35 mcg)	EE (30 mcg)	EE (20 mcg)	EE (15 mcg)	0	Valerato de Estradiol	Estradiol (1,5 mg)	Estetrol (14,2mg)
Medroxiprogesterona					Injeção IM: Depo-Provera150°			
Etonogestrel				Anel Vaginal**: NuvaRing°; Circlet°; Anette°; Ornibel°; Ringo°; Mystrelle°	Implante subcutâneo: Implanon NXT°			
Norelgestromina (2mg)	Transdérmico*: Evra°							
Ciproterona (2 mg) 👍 +++ antiandrogénico	21: Diane35°							
Gestodeno (60-75 mcg) 👎 androgénico 👍 anti-mineralocorticoide		21: Gynera°; Minulet°; Effiplen°	21: Minigeste°; Harmonet°; Estinette°	24+4: Lowelle°; Microgeste°; Minesse°				
Levonorgestrel 👎 androgénico		21: Trinordiol°; Microginon°	21: Miranova°; Effilevo°		SIU: Mirena°; Jaydess°; Kyleena°; Levosert One°			
Desogestrel (0,15 mg nos CHC; 0,75mg nos CPO) 👎 androgénico		21: Marvelon°; Regulon°	21: Mercilon°; Novynette°		28: Cerazette°; Azalia°; Minipop°			
Drosperinona (3 mg, exceto Slinda°: 4 mg) 👍 antiandrogénico 👍 anti-mineralocorticoide		21: Yasmin°; Aranka°; Drosianne° 21+7: Drosure°	21: Yasminelle°; Arankelle°; Drosianelle° 21+7: Drosurall° 24+4: Yaz°; Daylette°; Droseffik°; Drosdiol°		24+4: Slinda°			24+4: Drovelis°

Cloromadinona (2 mg) 👍 antiandrogénico		21: Belara®; Chariva®; Clarissa®					
Dienogest (2 mg) 👍 ++ antiandrogénico		21: Valette®; Denille®; Sibilla® 21+7: Amelye®; Eubelle®				28: Qlaira® (regime multifásico, dosagem sequencial)	
Nomegestrol (2,5 mg) 👍 antiandrogénico							24+4: Zoely®

Quadro 3 - Legenda: LARC. MÉTODO NÃO ORAL (transdérmico/ vaginal).

*Na via transdérmica são atingidos níveis séricos mais elevados de EE. **Na via vaginal são obtidos níveis mais reduzidos e estáveis de EE.

b. Princípios de elegibilidade e exclusão

Desde 1996 a Organização Mundial de Saúde (OMS) tem publicado os critérios de elegibilidade para o uso de métodos contraceptivos em diferentes patologias e situações clínicas baseadas na evidência científica disponível. Assim, perante a situação clínica, aos diferentes métodos é atribuída uma categoria de segurança (Quadro 4): 1 - Método a usar em todas as circunstâncias; 2 - Método geralmente a ser usado; 3 - Deve ser dada preferência a outro método, a menos que indisponível ou não aceite; 4 - Método contraindicado.

			CHC	CPO	Acetato de medroxiprogesterona injetável	Implante Subcutâneo	SIU-LNG	DIU-Cu		
Pós-parto	Com amamentação	<6 semanas	4	2	2	2	2 (<48h pós-parto) / 3 (>48h pós-parto)	1 (<48h pós-parto) / 3 (>48h pós-parto)		
		6 semanas a 6 meses	3	1	1	1	1	1		
		>6 meses	2							
	Sem amamentação	<21 dias	3/4 (se FR de TEV)	1	1	1	1 (>4 semanas pós-parto)	1 (>4 semanas pós-parto)		
		21 a 42 dias	2/3 (se FR de TEV)						2/1 (se FR de TEV)	1
		>42 dias	1						1/2 (se FR de TEV)	1

Pós-aborto	1º trimestre	1	1	1	1	1	1
	2º trimestre					2	2
Tabagismo	<35 anos	2	1	1	1	1	1
	≥35 anos						
Enxaqueca	Sem aura <35 anos	2 (i) / 3 (c)	2	2	2	2	1
	Sem aura ≥35 anos	3 (i) / 4 (c)	2	2	2	2	
	Com aura	4	2 / 3	2 (i) / 3 (c)	2 (i) / 3 (c)	2 (i) / 3 (c)	
Obesidade	IMC <35kg/m ²	2	1	1	1	1	1
	IMC ≥35kg/m ²	3					
Hipertensão Arterial (HTA)	Controlada	3	1	1	1	1	1
	Não controlada	4	2	3	2	2	
	História de HTA gestacional / (pré-) eclâmpsia	2	1	1	1	1	
Diabetes	Antecedentes de DG	1	1	1	1	1	1
	DM sem vasculopatia	2	2	2	2	2	
	DM há >20 anos / com LOA / com outra doença vascular	3-4		3			
Múltiplos riscos de DCV (idade, tabagismo, Diabetes e HTA) / DCV estabelecida		3-4	2	3	2	2	1

Quadro 4 - Legenda: (i) iniciar método; (c) continuar método.

Ter em consideração:

- A CHC com ≤30mcg de EE deve ser de 1ª linha por estar potencialmente associada a menor risco tromboembólico, de doença cardiovascular e de AVC.
- Nas adolescentes mais jovens ou com IMC <18 kg/m² deve ser dada preferência às formulações com 30mcg de EE por terem menor impacto na densidade mineral óssea.
- A CHC 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), considerando sobretudo os benefícios não contraceptivos.

c. Como iniciar / trocar

De uma forma geral, os métodos contraceptivos podem ser iniciados em qualquer fase do ciclo, preferencialmente no aconselhamento (dia da consulta), após exclusão de gravidez. Em algumas situações de início ou troca de método é indicada proteção adicional com método barreira nos primeiros dias (Quadro 5).

MÉTODO A INICIAR: MÉTODO ANTERIOR:	CHC	CPO	Progestativo Injetável	Implante subcutâneo	SIU-LNG	DIU-Cu
Nenhum	Até 5º dia do ciclo	No 1º dia do ciclo	Até 5º dia do ciclo			Qualquer dia do ciclo
	Qualquer dia do ciclo BARREIRA nos 1ºs 7 dias					
CHC (Oral, transdérmico ou vaginal)	Após última pílula / último dia do adesivo ou anel vaginal			Qualquer dia do ciclo		
CPO	Após última pílula		Qualquer dia do ciclo			
Implante subcutâneo	No dia de remoção do implante					
Injetável	No dia programado para a injeção					
SIU-LNG	No dia de remoção do SIU		Dia de remoção do SIU			
DIU-Cu	Iniciar em qualquer dia e remover o DIU na menstruação	No dia de remoção do SIU/DIU BARREIRA nos 1ºs 2 dias		Dia de remoção do DIU		
	Iniciar e remover DIU de imediato BARREIRA nos 1ºs 7 dias					
Após CE	CE com LNG » no dia da da toma da CE CE com AUP » 5 dias após toma de CE		Aguardar pela primeira menstruação após CE Se não for possível diferir, fazer teste de gravidez em 4 semanas.			
	BARREIRA nos 1ºs 7 dias (9 dias se Qlaira®)	BARREIRA nos 1ºs 2 dias	BARREIRA até menstruar	BARREIRA até menstruar e nos 1ºs 7 dias		BARREIRA até menstruar
Após IVG	0-5 dias após uso de misoprostol		Diferir a injeção após a toma de misoprostol	No dia da confirmação do aborto completo ou da toma de mifepristone	No dia da confirmação do aborto completo	

Quadro 5

d. O que fazer em caso de esquecimento

O quadro 6 resume as orientações perante esquecimentos do método contraceptivo. Salienta-se a importância de consultar o folheto informativo do medicamento (RCM) no caso das pílulas em regime bifásico/trifásico ou se existirem dúvidas específicas.

CHC oral com EE

(ver RCM dos CHC com Valerato de estradiol ou Estradiol)

- Falha de 1 comprimido: tomar logo que possível o comprimido esquecido, mesmo que signifique tomar 2 comprimidos juntos.
- ≥ 2 comprimidos esquecidos na 1ª ou 2ª semana: usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes.
- ≥ 2 comprimidos esquecidos na 3ª semana: terminar a embalagem, iniciar outra sem intervalo e usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes.

CPO

Azalia® / Cerazette® / Minipop®

- Falha <12h: eficácia mantida. Tomar o comprimido assim que se lembrar e continuar a tomar os comprimidos seguintes no horário habitual.
- Falha >12h: Tomar o comprimido esquecido assim que se lembrar e os comprimidos seguintes no horário habitual, mesmo que signifique tomar 2 comprimidos juntos. Usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes.
- Falha de ≥ 1 comprimidos na 1ª semana: se tiver tido RS na semana anterior ao esquecimento, deve ser considerada a possibilidade de gravidez.

Slinda®

- Falha de 1 comprimido ativo (<24h): Eficácia mantida. Tomar o comprimido assim que se lembrar e os comprimidos seguintes no horário habitual, mesmo que signifique tomar 2 comprimidos juntos. Continuar a tomar 1 comprimido diário até terminar a embalagem. Não é necessário proteção adicional.
- Falha de ≥ 1 comprimidos ativos (>24h): Tomar o comprimido assim que se lembrar e os comprimidos seguintes no horário habitual, mesmo que signifique tomar 2 comprimidos juntos. Continuar a tomar 1 comprimido diário até terminar a embalagem.
- Na 1ª semana: Usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes.
- Na 2ª semana: Não é necessário proteção adicional.
- Na 3ª ou 4ª semana: Desperdiçar os comprimidos placebo, começando logo a embalagem seguinte. Não é necessário proteção adicional.

Adesivo transdérmico

- Falha na 1ª semana: aplicar o adesivo logo que se lembre, contraceção adicional nos 7 dias seguintes, alterar o dia de substituição para cumprir os 7 dias com cada adesivo.
- Falha na 2ª ou 3ª semana: se atraso <48h, aplicar novo adesivo, sem necessidade de contraceção adicional; se atraso >48h, iniciar novo ciclo, com contraceção adicional nos 7 dias seguintes.
- Se se esquecer de remover o último adesivo, removê-lo logo que se lembre e iniciar o ciclo seguinte no dia previsto, sem atrasar.

Anel vaginal

- Anel esteve **fora da vagina**: lavar em água tépida e voltar a inserir assim que se lembrar. Se esteve fora da vagina >3h:
 - na 1ª ou 2ª semanas: inserir o anel assim que se lembrar e usar método barreira nos 7 dias seguintes;
 - na 3ª semana: descartar anel e começar o seguinte sem semana de pausa OU não voltar a colocar o anel, fazer os 7 dias de pausa e depois iniciar o anel seguinte.
- Anel permaneceu na vagina >3 semanas, mas <4 semanas: deve ser substituído e proceder-se à pausa normal de 7 dias, ou manter o dia previsto para a troca (encurtando o período de pausa), conforme for mais conveniente para a mulher.
- Anel permaneceu na vagina >4 semanas: perde o efeito contraceptivo. Inserir novo anel e usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes.

Quadro 6

Ter em consideração:

- Se a falha levar a um aumento do intervalo livre de hormonas superior ao esperado (de 4 ou de 7 dias de pausa / placebo), poderá não evitar a ovulação. Importa informar a mulher que pode encurtar mas nunca alargar esse intervalo.
- Se vômitos ou diarreia <4h depois da toma da pílula, deve ser tomado outro comprimido e continuar os seguintes no horário habitual. Se vômitos ou diarreia durante mais de um dia, a eficácia da pílula não é mantida, devendo usar-se proteção adicional.
- Quando a falha justifica a utilização de contraceção adicional, existe risco de gravidez. Assim, se RS desprotegida neste período, é de considerar a CE.

e. Efeitos benéficos não contraceptivos

	Benefícios	Notas
CHC (Oral, transdérmico ou vaginal)	↓ Dismenorreia	
	(Oral, transdérmico ou vaginal)	Efeito com Drospirenona e intervalo livre de hormonas de 4 dias.
	↓ Fluxo menstrual / HUA (ex.: associada a fibromioma uterino)	Prevenção de anemia associada.
	↓ Quistos funcionais volumosos	
	↓ Cefaleia catamenial	Alivia com o regime de toma/uso contínuo.
	Amenorreia induzida	Por opção da mulher ou para controlo de Endometriose.
	↓ Hiperandrogenismo (acne, hirsutismo)	Efeito com os progestativos anti-androgénicos. (quadro 9)
	↓ Risco de Cancro do Endométrio	Redução em 50% do risco, que persiste por >20 anos após descontinuação. Proteção aumenta com a duração da toma (maior se >3 anos).
	↓ Risco de Cancro do Ovário	Redução em 40% do risco, que persiste pelo menos 15 anos após descontinuação; Proteção aumenta com a duração da toma; Especialmente importante em mulheres de alto risco: nulíparas com AF de cancro de ovário/mama; mutações BRCA1/2.
	↓ Risco de Cancro Colorretal	Proteção maior nas utilizadoras recentes, independente do tempo de uso.
Perimenopausa: ↓ Sintomas vasomotores e secura vaginal; ++ densidade mineral óssea	CHC com Estradiol parecem vantajosos a partir dos 40 anos, por terem padrão metabólico mais favorável e poderem promover a transição da contraceção para a THS.	
CPO (vs. CHC)	↓ Risco trombótico, metabólico e cardiovascular	
	↓ Crises de falciformação em mulheres com anemia falciforme	Efeito do progestativo injetável.
	↓ Risco de cancro do endométrio	

SIU	↓ HUA (ex.: associada a Endometriose/Adenomiose)	Possível amenorria. Utilizado também nas mulheres com cirrose associada a trombocitopenia.
	↓ Diminuição do tamanho dos miomas uterinos	Não são elegíveis para contraceção intrauterina as mulheres portadoras de miomas submucosos tipo 0 e tipo 1, mas pode ser usado nos miomas submucosos de tipo 2. São elegíveis para contraceção intrauterina as mulheres com miomas tipo 3,4, 5, 6,7.
	↓ Dismenorria	
	↓ risco de cancro do endométrio, ovário e colo do útero	
	Tratamento/ profilaxia de hiperplasia simples do endométrio	
	Proteção endometrial durante terapêutica com estrogénios/ tamoxifeno	
	↑ níveis de hemoglobina e qualidade de vida	Indicado para mulheres tratadas com anticoagulantes ou com diástases hemorrágicas.

Quadro 7

f. Efeitos indesejáveis

Os efeitos indesejáveis podem ser atribuídos ao componente estrogénico, ao progestativo ou a ambos. Geralmente são de fraca intensidade, surgem nos primeiros meses de toma e regredem espontaneamente.

Sintoma	Métodos						Abordagem	Notas
	CHC	CPO	Injetável	Implante	SIU- LNG	DIU-Cu		
Hemorragia intracíclica (Spotting)	x 10-30%	x		x	x		<ul style="list-style-type: none"> • Verificar: regularidade da toma; medicação associada; patologia orgânica • Tranquilizar e reforçar toma do contraceptivo sempre no mesmo horário, sem esquecimentos <p>CHC: Se persistir >3 ciclos, alterar para dose mais elevada de EE.</p> <p>CPO: Para mulheres elegíveis, associar CHC é razoável, embora possa ser preferível mudar de método; Para mulheres não elegíveis à toma de estrogénio é aconselhável observação, AINEs e, em seguida, uma mudança de método contraceptivo se o sangramento inaceitável persistir.</p>	CPO: Efeito que pode diminuir com o tempo de utilização. Na utilização de drospirenona 4 mg (Slinda®) tende a existir um padrão hemorrágico cíclico e previsível.

Alterações do padrão hemorrágico				x	x	x	Ver ponto g (Regimes terapêuticos para a normalização do padrão hemorrágico)	Tende a melhorar ao fim de 6 meses. SIU-LNG / Implanon: Associa-se a diminuição do fluxo / amenorreia. DIU-Cu: Associa-se a aumento da quantidade e duração do fluxo menstrual.
Ausência de hemorragia de privação	x 2-3%		x	x	x		<ul style="list-style-type: none"> Excluir gravidez. Tranquilizar e informar. Se mulher desconfortável com isso: alterar para dose mais elevada de EE. 	Mulheres sob CHC em regime padrão têm tipicamente hemorragia de privação, mas isto não exclui falência ovárica. A amenorreia pode ocorrer nestes regimes e nos regimes contínuos e não indica menopausa.
Náuseas, vômitos	x						<ul style="list-style-type: none"> Reduzir dose de EE. Tomar comprimido às refeições / Alterar via de administração (+ frequente na via oral). 	Efeito geralmente limitado aos primeiros 3-6 meses.
Mastodinia e tensão mamária	x 4%	x		x	x		<ul style="list-style-type: none"> Reduzir dose de EE / Alterar para um progestativo diferente. Alterar via de administração (+ frequente na via transdérmica). 	
Cefaleias	x	x 6-7%		x	x		<ul style="list-style-type: none"> Reduzir dose de EE ou substituir por método sem estrogénio. Encurtar período de pausa / Fazer uso contínuo. Alterar via de administração administração (+ frequente na via transdérmica). 	Relacionado com a dose de EE. Mais frequente no intervalo livre / placebo.
Varição do peso corporal	x						<ul style="list-style-type: none"> Aconselhamento com medidas higieno-dietéticas. 	Possíveis variações ligeiras (1-2kg) no início do uso do método.
Reação cutânea	x						<ul style="list-style-type: none"> Alterar via de administração (+ frequente na via transdérmica). 	
Corrimento vaginal	x						<ul style="list-style-type: none"> Excluir infecção/vaginose. Tranquilizar. 	Mais frequente na via vaginal

Acne		x 3%		x	x		<ul style="list-style-type: none"> • Preferir progestativos menos androgénicos e mais anti-androgénicos (quadro 9). 	
Aumento de peso		x		x	x		<ul style="list-style-type: none"> • Preferir progestativos anti-mineralocorticoides, ligeiramente diuréticos (quadro 9). 	CPO: Menos de 2 Kg ao final de um ano.
Irritabilidade / Alteração do humor	x				x		<ul style="list-style-type: none"> • Encurtar período de pausa / Fazer uso contínuo. • Administrar suplemento de vitamina B6. 	Mais frequente no período de pausa (intervalo livre). Poderá ser causada por défice de vitamina B6.
Quistos funcionais do ovário					x			

Quadro 8

Efeitos nos Recetores Hormonais	ESTROGÉNICOS	ANTI-ESTROGÉNICOS	ANDROGÉNICOS	ANTI- ANDROGÉNICOS	GLUCOCORTICOIDES	ANTI- MINERALOCORTICOIDES
Progestativos						
Medroxiprogesterona	-	+	(+)	-	+	-
Etonogestrel	-	-	-	-	-	-
Norelgestromina	-	-	-	-	-	-
Ciproterona	-	-	-	+++	-	-
Gestodeno	-	-	+	-	-	+
Levonorgestrel	-	+	+	-	-	-
Desogestrel	-	+	+	-	(+)	-
Drosperinona	-	+	-	+	-	+
Cloromadinona	-	-	-	+	-	-
Dienogest	-	-	-	++	-	-
Nomegestrol	-	-	-	+	-	-

Quadro 9 - Legenda: - sem efeito; (+) efeito não clinicamente significativo; + efeito clinicamente significativo

g. Regimes terapêuticos para a normalização do padrão hemorrágico

Não existe uma orientação terapêutica com evidência científica demonstrada para o controlo do padrão hemorrágico anómalo com o uso de contraceção hormonal. Nas mulheres utilizadoras de contraceção hormonal que apresentem perda hemática problemática deve considerar-se: o tipo de método em uso, duração e nível de adesão, possibilidade de gravidez, presença de doença crónica que interfira na absorção do contraceativo, atualização do Rastreio do Cancro do Colo Uterino, rastreio de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e o próprio padrão hemorrágico antes do início do contraceativo hormonal.

O Quadro 10 apresenta possíveis abordagens perante queixas de alteração do padrão hemorrágico em mulheres sob diferentes tipos de contraceção:

Utilizadoras de CHC		
<ul style="list-style-type: none"> • Manter o CHC por 3 meses. • Aumentar a dose de EE. Não há evidência de que a mudança/ aumento da dose de progestativo melhore o controlo de ciclo. 		
Utilizadoras de CPO		
<ul style="list-style-type: none"> • Não há evidência de que a mudança/ aumento da dose de progestativo melhore o controlo de ciclo. • Podem utilizar-se os estrogénios e o ácido tranexâmico como terapêutica de curta duração, uma vez que parecem melhorar a perda. Não existe evidência que sustente o uso de estrogénios ou ácido tranexâmico por um período prolongado. 		
Utilizadoras de LARCs		
Se uso de EE for elegível	Se uso de EE não for elegível	Progestativo injetável
<ul style="list-style-type: none"> • CHC com 30 mg de EE por um período de 3 meses em regime contínuo ou convencional; • Estradiol 2 mg durante 7 dias 	<ul style="list-style-type: none"> • Ácido tranexâmico 500 mg, 2x/dia, durante 5 dias; • AINEs 500 mg 2-3x/dia durante 5 dias; • Doxiciclina 100 mg 2x/dia durante 5 dias. 	Diminuir para 10 semanas o intervalo entre as injeções, apesar da ausência de evidência demonstrada.
O uso de estrogénios e ácido tranexâmico parecem melhorar a perda e podem ser utilizados em curta duração.		

Quadro 10

2. Métodos de Barreira

O preservativo (masculino - externo / feminino - interno) é o único método contracepivo que simultaneamente protege de ISTs. A caracterização e modo de utilização deste método é apresentada no Quadro 11.

	Preservativo masculino (ou externo)	Preservativo feminino (ou interno)
Descrição	Invólucro que cobre o pênis e que impede a passagem dos espermatozoides, que ficam retidos dentro do reservatório.	Invólucro que reveste a vagina ou ânus (colocação interna) e que impede a passagem dos espermatozoides, que ficam retidos dentro do reservatório.
Material	Látex – mais resistente; só deve ser associado a lubrificantes de água; Poliuretano e outros plásticos – recomendados no caso de alergia ao látex; podem ser usados com lubrificantes oleosos.	Poliuretano.
Eficácia	Utilização típica: 82%; Utilização perfeita: 98%.	Utilização típica: 79%; Utilização perfeita: 95%.
Vantagens	Ausência de efeitos sistêmicos; Facilidade de uso – não requer supervisão médica; Contraceção de curto prazo; Disponível e gratuito no centro de saúde.	
	Promove o envolvimento masculino na contraceção; Pode contribuir para a prevenção da ejaculação precoce.	Pode ser inserido até 8h antes da RS; Pode ser mais fácil de utilizar do que o masculino em caso de disfunção erétil.
Desvantagens	A eficácia depende da correta utilização e consistência do uso; Possibilidade de rotura ou deslocação durante o coito; Subjetividade quanto ao grau satisfação da RS dependendo do casal.	
	Tem de ser colocado sobre o pênis ereto, podendo quebrar a espontaneidade da RS.	É mais caro do que o preservativo de uso externo; Nem sempre é de fácil acesso nas farmácias; Não pode ser usado em determinadas malformações vaginais.
Precauções	Uso único a cada relação; Confirmar sempre o estado de conservação da embalagem e o prazo de validade; Abrir a embalagem com cuidado sem utilizar objetos cortantes, incluindo unhas ou dentes; O preservativo masculino e feminino não podem ser usados em associação; Contra-indicado em situações (raras) de alergia ao látex ou poliuretano.	
Modo de Utilização	<p>Antes da RS → Depois da RS</p>	<p>Antes da RS → Depois da RS</p>

Quadro 11

3. Métodos Naturais

Os métodos naturais são métodos acessíveis e sem interferência química, mecânica ou outra. Estes métodos exigem um compromisso do casal e um compromisso em reconhecer as alterações que o corpo apresenta durante as diferentes fases do ciclo menstrual. O Quadro 12 descreve brevemente os métodos naturais existentes.

Tipo de Método	Método	Descrição	Eficácia
Métodos baseados na previsão do período fértil com abstinência periódica Implicam abstinência sexual ou utilização de método barreira durante o período fértil calculado.	Método do Calendário (Ogino-Knauss)	Princípios para o cálculo do período fértil: <ul style="list-style-type: none"> • 1 ovulação por mês, 14 dias antes da menstruação seguinte; • Óvulo fecundável até 2 dias após a ovulação; • Espermatozoide fecundante até 3-5 dias após a ejaculação. Cálculo do período fértil: <ul style="list-style-type: none"> • Considerar a duração de pelo menos 6 ciclos menstruais prévios; • Subtrair 10 dias ao ciclo mais longo e 20 dias ao ciclo mais 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). 	Utilização típica: 85% Utilização perfeita: 95%
	Método dos Dias Standart	<ul style="list-style-type: none"> • Período fértil: do 8.º ao 19.º dia do ciclo; só indicado em mulheres com ciclos de 26 a 32 dias 	
Métodos baseados na identificação de sinais e sintomas Implicam abstinência sexual ou utilização de método barreira durante o período fértil calculado.	Método da Temperatura Basal (MTB)	<ul style="list-style-type: none"> • A temperatura basal aumenta pelo menos 0,5°C após a ovulação; • Medição diária da temperatura basal (oral, vaginal ou retal), ao acordar, antes de qualquer atividade e após, pelo menos, 6 horas de sono; • Período fértil: entre o 1º dia do ciclo e até pelo menos 3 dias depois da elevação da temperatura basal; • Método potencialmente prejudicado por condições médicas que interfiram na temperatura basal. 	Utilização típica: 85 % Utilização perfeita: dados não disponíveis
	Método do Muco Cervical (Billings)	As características do muco cervical variam ao longo do ciclo: <ul style="list-style-type: none"> • Periovulação: mais claro, mais abundante e com maior elasticidade (filância); • Após a ovulação: mais viscoso, opaco e menos abundante; • Período fértil: inicia-se no 1º dia em que o muco se torna filante e transparente e prolonga-se, pelo menos, até 4 dias após filância máxima; • O uso concomitante de hidratantes ou terapêuticas tópicas pode interferir nas características do muco cervical. 	Utilização típica: 77% Utilização perfeita: 97%
	Método Sintotérmico (MTB+Billings)	<ul style="list-style-type: none"> • Identificação do período fértil combinando os métodos da temperatura basal e do muco cervical; • Período fértil: inicia-se no 1º dia em que o muco se torna filante e transparente, terminando no 4º dia após filância máxima do muco e depois de passados 3 dias sobre a elevação da temperatura basal. 	Utilização típica: 98% Utilização perfeita: >99%
	Método dos 2 dias	<ul style="list-style-type: none"> • Baseia-se na avaliação das secreções vaginais independentemente da quantidade e características; • Se durante 2 dias consecutivos não forem observadas secreções vaginais, podem ocorrer RS desprotegidas. 	Utilização típica: 86% Utilização perfeita: 96%
Amenorreia Lactacional	A utilização deste método requer a coexistência de 3 condições: <ul style="list-style-type: none"> • Parto há <6 meses; • Mulher em amenorreia; • Amamentação exclusiva, ou quase, com mamadas diurnas e noturnas, com intervalos <6 horas. 	Utilização típica: 98% Utilização perfeita: 99%	
Coito Interrompido	<ul style="list-style-type: none"> • Remoção do pénis da vagina e sem contacto com os genitais externos antes da ejaculação. 	Utilização típica: 78% Utilização perfeita: 96%	

Quadro 12

4. Contraceção Definitiva

A contraceção definitiva consiste num método cirúrgico e é uma forma de contraceção permanente e definitiva. Só pode ser praticada por maiores de 25 anos (exceto por razões de ordem terapêutica), mediante declaração escrita devidamente assinada. O quadro 13 descreve os métodos definitivos de contraceção.

Contraceção definitiva	Laqueação tubária/ Salpingectomia	Vasectomia
Descrição	<ul style="list-style-type: none"> • Interrupção da integridade das trompas de Falópio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laqueação dos canais deferentes.
Procedimento	<ul style="list-style-type: none"> • Laparotomia durante a cesariana; • Mini-laparotomia infraumbilical; • Laparoscopia; • Minilaparotomia com electrocoagulação, secção ou laqueação com anéis ou remoção total ou parcial (salpingectomia) das trompas de Falópio (Método mais utilizado) 	<ul style="list-style-type: none"> • Minimamente invasivo, rápido, efetuado com anestesia local e em ambulatório.
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro e definitivo; • Na salpingectomia, menor risco de carcinoma do ovário; • Não afeta desempenho sexual; • Na laparoscopia, menos dor pós-operatória e recuperação mais rápida; • Permite inspeção da cavidade pélvica; • Sem alteração do ciclo menstrual; • Contraceção garantida logo após procedimento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seguro e definitivo; • Sem aumento do risco de cancro prostático ou testicular; • Método mais custo-efetivo de contraceção definitiva; • Não provoca disfunção sexual ou diminuição do desejo sexual; • Responsabilidade do homem na contraceção.
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> • Cirurgia no bloco operatório e com anestesia geral; • Riscos inerentes às técnicas cirúrgicas; • Maior risco de gravidez ectópica se falha do método; • Não protege contra as IST; • Não controla alterações do padrão menstrual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contraceção eficaz só após confirmação da azoospermia; • Dor ou edema do escroto, infeção, hemorragia, hematoma; • Outras complicações raras; • Não protege contra IST.
Advertências	<ul style="list-style-type: none"> • Deve ser realizado um teste para excluir gravidez nesse dia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Necessárias 20 ejaculações/3 meses após procedimento e realização de espermograma de controlo; • Uso de método contraceptivo alternativo até a confirmação da azoospermia.

Quadro 13

5. Contraceção de Emergência (CE)

A contraceção de emergência permite prevenir a gravidez após uma RS não protegida ou não adequadamente protegida, não interrompendo uma gravidez em evolução e sem efeitos teratogénicos. Previne até 95% das gestações se for utilizada no intervalo de 5 dias depois da RS (quanto mais precoce a toma, mais efetiva é) e o seu uso é seguro, não estando associado a nenhum efeito adverso grave. Todas as mulheres são elegíveis para o uso de CE oral.

Os 3 métodos existentes em Portugal estão descritos no Quadro 14 (por ordem de eficácia): Dispositivo intra-uterino de cobre (DIU-Cu); Contracetivo oral com acetato de ulipristal (AUP); Contracetivo oral com levonorgestrel (LNG).

Método	DIU-Cu	AUP	LNG
Via de administração	Intrauterina	Oral	Oral
Acessibilidade	Gratuito nas consultas de PF do SNS	Venda livre em farmácias	Gratuito nas consultas de PF do SNS e urgências ginecológicas hospitalares. Venda livre em farmácias e nos estabelecimentos autorizados para venda de medicamentos.
Posologia	Aplicação única Contraceção 5/10 anos Até 5 dias após RS	Toma única (30 mg) Até 120h após RS	Toma única (1,5 mg) Até 72h após RS
Notas	<ul style="list-style-type: none"> Respeitar os critérios de elegibilidade para o uso de DIU. 	<ul style="list-style-type: none"> Usar com precaução na asma não controlada e intolerância à lactose; Suspender o aleitamento materno nas 24 horas seguintes; Não recomendado na doença hepática grave; Pode ocorrer atraso menstrual, mas se superior a 5 dias, deve realizar teste de gravidez; Se vômitos nas 3 horas após a toma, repetir a CE com administração prévia de antiemético. 	<ul style="list-style-type: none"> Pode ocorrer antecipação da menstruação; Se vômitos nas 3 horas após a toma, repetir a CE com administração prévia de antiemético.

Quadro 14

Recomendações no uso de contraceção após CE: ver quadro 5.

Referências:

- Sociedade Portuguesa da Contraceção. Consenso sobre contraceção 2020. Versão revista e adotada pela Direção-Geral da Saúde 2023. SPDC (2020). Disponível em: https://www.spdc.pt/images/2023/Consenso_de_Contraceco_versao_adoptada_pela_DGS_2023.pdf
 - World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. WHO (2015)
 - World Health Organization. Family planning: a global handbook for providers (2022 edition). WHO (2022). Disponível em: <https://fphandbook.org/sites/default/files/WHO-JHU-FPHandbook-2022Ed-v221115a.pdf>
 - U.S. Centers for Disease Control and Prevention. Condom use. Disponível em: <https://www.cdc.gov/condom-use/> (acedido a 12/10/2024)
 - Associação para o Planeamento Familiar. Métodos contraceptivos. Disponível em: <https://apf.pt/informacao-tematica/metodos-contracetivos/> (acedido a 12/10/2024)
- Infarmed. Disponível em: <https://extranet.infarmed.pt/INFOMED-fo/index.xhtml> (acedido a 12/10/2024)

