

# “Contraceção de Emergência O contexto da atualidade”

**Liliana Raquel da Silva Mendes**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Medicina**  
(mestrado integrado)

Orientador: Professor Doutor José Alberto Fonseca  
Moutinho

**abril de 2023**



## **Declaração de Integridade**

Eu, Líliliana Raquel da Silva Mendes, que abaixo assino, estudante com o número de inscrição 39363 de Medicina da Faculdade Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Universidade da Beira Interior, Covilhã 28/04/2023

*Líliliana Raquel da Silva Mendes*



## **Dedicatória**

À minha mãe, Lucinda Silva, pelo apoio, pelo amor incondicional, pelo exemplo de força e coragem, e por me ensinar a viver todos os dias como se fossem os últimos.

Ao meu avô, Fernando Ramalho, que teria o maior orgulho no meu percurso e nesta conquista.



## **Agradecimentos**

Ao meu orientador, Professor Doutor José Moutinho, pela constante disponibilidade, prontidão e orientação para o desenvolvimento desta dissertação.

À minha família, pelo apoio constante, com especial agradecimento aos meus pais, pelo esforço, resiliência, carinho e preocupação. Sem eles, não teria sido possível.

Aos meus irmãos e cunhada, que nunca me deixaram caminhar sozinha.

Ao meu Tiago, pela paciência, companheirismo e amor em todos os momentos e por ser a luz nos meus dias mais escuros.

Aos meus amigos e colegas, por me acompanharem nestes últimos seis anos, pelo apoio e companheirismo incondicional e por serem os melhores amigos que alguma vez poderia ter desejado.

À Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior e a todos os docentes, pelo contributo na minha formação profissional e pessoal durante o curso.



## Resumo

**Introdução:** A Contraceção de Emergência (CE) ou contraceção pós-coital reduz o risco de gravidez após uma relação sexual não protegida, ou não adequadamente protegida, e em situações de crime sexual contra a autodeterminação da mulher, pelo que deve estar presente no aconselhamento da saúde reprodutiva, permitindo uma vida sexual ativa e segura.

**Objetivos:** Esta dissertação tem como foco principal reunir a evidência científica existente na atualidade sobre a eficácia da contraceção de emergência, quanto aos métodos hormonais, métodos não hormonais e situações particulares de mulheres obesas, com risco de tromboembolismo, a efetuar outras medicações, com antecedentes de cancro da mama e vítimas de abuso sexual.

**Metodologia:** A presente monografia foi desenvolvida com base numa pesquisa bibliográfica realizada entre os meses de setembro de 2022 a abril de 2023 nas plataformas PubMed, ScienceDirect (Elsevier) e RCAAP.

**Resultados e Conclusões:** A utilização e recurso aos métodos contraceptivos de emergência tem vindo a aumentar, no entanto, o mito dos possíveis malefícios da contraceção ainda continua muito presente na população. De acordo com a evidência científica mais recente, o DIU-Cu é o método contraceptivo de emergência mais eficaz, seguindo-se o contraceptivo oral com acetato de ulipristal e por último o contraceptivo oral com levonorgestrel. Em determinados casos particulares como obesidade, tromboembolismo, medicações concomitantes, cancro da mama e abuso sexual, os contraceptivos de emergência hormonais podem estar sujeitos a interações que diminuem a sua eficácia, sendo necessário considerar uma abordagem não hormonal.

## Palavras-chave

Contraceção de emergência; Contraceção pós-coital; Complicações, Consequências e Eficácia; Cuidados de Saúde.



## Abstract

**Introduction:** Emergency Contraception (EC) or Post-Coital Contraception reduces the risk of pregnancy after unprotected or inadequately protected sexual intercourse, and in situations of sexual crime against the woman's will, so it should be present in woman's reproductive health counseling, allowing an active and safe sex life.

**Objectives:** The main objective of this dissertation is to collect existing information on the current scientific evidence on the efficacy of emergency contraception in relation to hormonal methods, non-hormonal methods, and the particular situations of woman who are obese, at risk of thromboembolism, taking other medications, have history of breast cancer, and woman with history of sexual abuse.

**Methodology:** This monograph was developed based on a literature review conducted between September 2022 and March 2023 on the platforms PubMed, ScienceDirect (Elsevier) and RCAAP.

**Results and Conclusions:** The use of emergency contraception has been increasing, but the myth of the possible harm of contraception is still very present in the population. According to the most recent scientific evidence, the Copper-IUD is the most effective emergency contraceptive method, followed by oral contraception with ulipristal acetate and lastly oral contraception with levonorgestrel. In certain particular cases such as obesity, thromboembolism, concomitant medications, breast cancer, and sexual abuse, hormonal emergency contraceptives may subject to interactions that decrease their effectiveness, and a non-hormonal approach should be considered.

## Keywords

Emergency Contraception; PostCoital Contraception; Complications, Consequences and Efficacy; Health Care.



# Índice

<b>DEDICATÓRIA</b>	<b>V</b>
<b>AGRADECIMENTOS</b>	<b>VII</b>
<b>RESUMO</b>	<b>IX</b>
<b>ABSTRACT</b>	<b>XI</b>
<b>ÍNDICE</b>	<b>XIII</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b>	<b>XV</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b>	<b>XVII</b>
<b>LISTA DE ACRÓNIMOS</b>	<b>XIX</b>
<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>1</b>
1.1 Definição de Contraceção de Emergência	1
1.2 Definição da dimensão do problema	2
1.3 Avaliação clínica antes da contraceção de emergência	3
1.4 Métodos contraceptivos de emergência existentes	4
1.4.1 Levonorgestrel (LNG)	5
1.4.2 Acetato de Ulipristal (AUP)	5
1.4.3 Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU – Cu)	6
1.5 Contraindicações para cada um dos métodos (absolutas e relativas)	8
1.6 Efeitos secundários e respetivo tratamento	9
1.7 Efeitos sobre o ciclo menstrual	10
1.8 Risco obstétrico em gravidez por falha na contraceção de emergência	12
1.9 Monitorização médica após a contraceção de emergência	12
1.10 Casos Particulares	13
1.10.1 Vômitos	13
1.10.2 Necessidade de repetir a CE no mesmo ciclo	13
<b>2. OBJETIVOS</b>	<b>15</b>
<b>3. METODOLOGIA</b>	<b>17</b>
<b>4. RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>19</b>
4.1 Comparação da eficácia entre os diferentes tipos de CE	19
4.2 Comparação da eficácia da CE em mulheres obesas	20
4.3 Comparação de eficácia em mulheres com risco de tromboembolismo	21
4.4 Comparação da eficácia em mulheres da CE em mulheres que necessitam concomitantemente de outras medicações	21
4.5 Comparação de eficácia em mulheres com cancro da mama	22
4.6 Comparação de eficácia em mulheres vítimas de abuso sexual	23
<b>5. CONCLUSÃO</b>	<b>24</b>
<b>6. REFERÊNCIAS</b>	<b>25</b>



## **Lista de Figuras**

Figura 1 – Comparação da eficácia dos diferentes métodos contraceptivos de emergência.

Figura 2 – DIU introduzido corretamente por um profissional especializado.



## **Lista de Tabelas**

Tabela 1 – Representação dos diferentes tipos de falhas na utilização dos diversos métodos contraceptivos que podem levar à necessidade de contraceção de emergência para a evicção de uma gravidez indesejada.

Tabela 2 – Apresentação dos diferentes contraceptivos disponíveis e características.

Tabela 3 – Efeito dos contraceptivos de emergência nas diferentes fases do ciclo menstrual



## **Lista de Acrônimos**

AUP	Acetato de Ulipristal
CE	Contraceção de Emergência
DIU-Cu	Dispositivo Intrauterino de Cobre
DGS	Direção Geral de Saúde
INFARMED	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde
IMC	Índice de Massa Corporal
LH	Hormona Luteinizante
LNG	Levonorgestrel
OMS	Organização Mundial de Saúde
RSNP	Relações Sexuais Não Protegidas
SNS	Serviço Nacional de Saúde



# 1. Introdução

## 1.1 Definição de Contraceção de Emergência

A contraceção de emergência (CE) ou contraceção pós-coital é um método de contraceção utilizado após a relação sexual com o intuito de diminuir o risco de ocorrência de uma gravidez. (1) É indicada a sua utilização em casos de relações sexuais não protegidas (RSNP), o que inclui relações sexuais sem utilização de contraceção, relações sexuais inadequadamente protegidas com falha na utilização do método contracectivo (Tabela 1) e em situações de crime contra a vontade e autodeterminação sexual da mulher não utilizadora de um método contracectivo. (2)

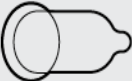

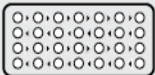

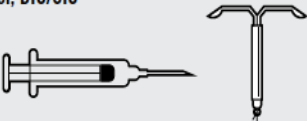
Método	Falha contracectiva e necessidade de CE
<b>Preservativo</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Preservativo não utilizado desde o primeiro contacto do pênis com a vagina</li> <li>- Rotura de preservativo</li> <li>- Retenção de preservativo na vagina</li> </ul>
<b>CHC (pílula, adesivo, anel)</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquecimento de 2 ou mais dias na toma da pílula</li> <li>- Atraso de 2 ou mais dias na colocação do adesivo ou anel</li> <li>- RSNP por método barreira durante o uso de medicamentos indutores enzimáticos e nos 28 dias após a sua suspensão (Ver interações medicamentosas)</li> </ul>
<b>COP</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esquecimento superior a 36 h na toma da pílula</li> <li>- RSNP por método barreira durante o uso de medicamentos indutores enzimáticos e nos 28 dias após a sua suspensão (Ver interações medicamentosas)</li> </ul>
<b>Implante</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atraso na remoção do implante</li> <li>- RSNP por método barreira durante o uso de medicamentos indutores enzimáticos e nos 28 dias após a sua suspensão (Ver interações medicamentosas)</li> </ul>
<b>Progestativo injetável, DIU/SIU</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atraso superior a 4 semanas na realização da injeção</li> <li>- Expulsão parcial ou total de DIU/SIU</li> <li>- RSNP nos primeiros 7 dias da colocação do SIU (não coincidindo a colocação com os primeiros dias do ciclo)</li> <li>- Remoção de DIU/SIU sem recolocação imediata de outro DIU/SIU ou início de outro contracectivo</li> </ul>

Tabela 1 – Representação dos diferentes tipos de falhas na utilização dos diversos métodos contracectivos. Fonte: (3)

De acordo com a literatura, nos Estados Unidos da América, a utilização de métodos contracectivos após uma RSNP com o objetivo de prevenir uma gravidez, teve início na década de 60, com recurso a uma dose oral elevada de estrogénios, que posteriormente foi reduzida devido ao aparecimento de efeitos colaterais associados. A utilização do dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) e do método *Yuzpe* com o mesmo objetivo, apenas emergiu nos anos 70. (4,5)

O acesso à saúde sexual e reprodutiva tornou-se um direito fundamental da mulher, de modo que o avanço tecnológico e científico das últimas décadas possibilitou o recurso a diferentes métodos de contraceção pós-coital hormonais e não hormonais eficazes e seguros. (6)

Cerca de 147 países no mundo têm, na atualidade, pelo menos um tipo de contraceptivo oral de emergência registrado para utilização, no entanto, 47 países ainda não dispõem de nenhuma alternativa para comercialização e satisfação das necessidades sexuais e reprodutivas da mulher. (6) Alguns dos países que têm ao seu dispor métodos de contraceção pós-coital, como os Estados Unidos da América, Canadá e vários países da Europa, permitem o acesso aos mesmos sem necessidade de prescrição, de modo que, nesses países em que é possível obter estes métodos através da venda livre de farmácia, esse tem sido o local preferencial de acesso. (6,7)

Não obstante, apesar da percentagem de mulheres que recorrem aos métodos contraceptivos de emergência ter aumentado de 0,8% para 20% nos Estados Unidos da América, entre 1995 e 2015 (6), o estigma associado à procura e utilização deste tipo de contraceção e a conceção de que os efeitos adversos associados à toma são deletérios, leva a que as mulheres tenham receio das possíveis consequências negativas e limitem a procura aquando das relações sexuais não protegidas, aumentando a probabilidade de uma gravidez não desejada. (8)

## **1.2 Definição da dimensão do problema**

Em média, uma mulher passa 4 anos da sua vida reprodutiva grávida ou em recuperação pós-parto, e cerca de 30-40 anos a tentar evitar a gravidez. (9)

A idade média de início da atividade sexual entre os adolescentes é bastante semelhante nos países ocidentais: aos 15 anos, cerca de 15% já iniciaram a atividade sexual, aos 18 anos cerca de 60% e aos 20 anos aproximadamente 80%. (10) Contudo, apesar da existência de uma ampla variedade de métodos contraceptivos disponíveis na grande maioria dos países, que variam desde contraceptivos orais, preservativos, contraceptivos reversíveis de longa duração e métodos permanentes, a percentagem de mulheres não satisfeita com as opções existentes é considerável. Muitas consideram que a toma de uma contraceção regular é desnecessária devido à pouca frequência com que têm relações sexuais e reconhecem que a disponibilidade de contraceptivos de utilização no próprio momento da relação sexual é limitada (preservativo, espermicida, diafragma). (9,11)

Mundialmente, em 2012 registaram-se mais de 213 milhões de gravidezes, onde 85 milhões das mesmas não foram planeadas: pelo que 50% terminaram em interrupções voluntárias, 38% em nascimentos não planeados e 13% em abortos espontâneos. Em muitos países africanos, o aborto é proibido, contribuindo para 9% da mortalidade materna, conseqüentemente muitas mulheres necessitam de ultrapassar barreiras geográficas, logísticas, financeiras e socioculturais para conseguirem o acesso a uma interrupção voluntária da gravidez segura. É ainda relevante aludir que cerca de 11% dos adolescentes nos Estados Unidos, já sofreram algum tipo de abuso sexual, sendo este considerado um dos principais fatores de risco para uma gravidez não desejada, o que denota a importância da disponibilidade da contraceção de emergência e da necessidade de um investimento na literacia para a saúde sexual e reprodutiva. (1,12,13)

### **1.3 Avaliação clínica antes da contraceção de emergência**

De acordo com a literatura, não são necessários exames laboratoriais ou testes de gravidez antes da toma de um contraceptivo oral de emergência. (1) Por outro lado, a utilização de um método contraceptivo não hormonal, requer a realização de um teste de gravidez e solicita que a sua colocação seja efetuada por um especialista treinado, com necessidade de realização de um exame físico e ginecológico para avaliação do colo do útero e da vagina, com intuito de descartar patologia que contraindique a sua utilização. O exame deve ser bimanual, com atenção dirigida para o tamanho, forma, posição, mobilidade do útero e respetivos anexos. (5)

Nos casos de violação da autodeterminação sexual da mulher, existem três cuidados principais primários a serem executados: tratamento médico de lesões, prevenção de uma gravidez não desejada, prevenção e tratamento de infeções sexualmente transmissíveis. O recurso a apoio psicossocial e do sistema criminal são fatores importantes na investigação do crime e colheita de evidências forenses. (14)

## 1.4 Métodos contraceptivos de emergência existentes

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), os contraceptivos de emergência estão incluídos na lista de medicamentos essenciais, existindo disponíveis métodos hormonais e métodos não hormonais. (6)

Em Portugal, na maioria dos países europeus e nos Estados Unidos da América, existem três métodos distintos de CE disponíveis, sendo estes por ordem crescente de eficácia: contraceptivo oral com levonorgestrel (LNG), contraceptivo oral com acetato de ulipristal (AUP) e o dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) (Tabela 2). (1,3)

Por sua vez, o método CE *Yuzpe* é caracterizado pelo uso de contraceção oral combinada. De acordo com as recomendações, é necessária a toma de 2 comprimidos, contendo cada um 100-120 mcg de etinilestradiol e 0,50-0,60 mg de levonorgestrel, seguindo-se uma segunda toma de mais 2 comprimidos com as mesmas doses após 12h de intervalo, ressaltando que a primeira dose deve ser tomada até 72h desde a relação sexual desprotegida. É de evidenciar que as pílulas contraceptivas combinadas convencionais contêm 20-30 mcg de etinilestradiol e 0,10 mg de levonorgestrel. Neste sentido, a dose utilizada em situações que requerem um método de emergência, é significativamente superior. Assim sendo, e dependendo da concentração de estrogénio e progesterona que cada comprimido possui, cada dose equivale a 4, 5 ou 6 comprimidos de um contraceptivo oral convencional. Este método é considerado menos eficaz do que aqueles referidos anteriormente e está associado a um maior número de efeitos secundários resultantes da elevada dose de etinilestradiol, de modo que a sua utilização tem decrescido ao longo do tempo. No entanto, é considerado uma alternativa em situações em que os restantes CE não estejam disponíveis para utilização imediata (1,15)

Em Portugal, e de acordo com o artigo 3º da Lei 12 de 29 de Maio de 2001 da Constituição portuguesa, é possível o acesso ao CE com levonorgestrel gratuitamente tal como ao DIU nos Centros de Saúde e Serviços e Ginecologia e Obstetrícia do SNS e nos Centros de Atendimento Jovem, o LNG e AUP podem ser obtidos nas farmácias sem necessidade de prescrição e o LNG pode ainda ser encontrado nos locais permitidos para venda de medicamentos não sujeitos a receita médica autorizados pelo INFARMED (16)

#### **1.4.1 Levonorgestrel (LNG)**

Levonorgestrel (LNG) é uma hormona progestativa sintética utilizada nos contraceptivos de emergência e nos métodos contraceptivos de utilização convencional, onde pode ser utilizada de forma isolada ou combinada com estrogénios. (17)

A toma do contraceptivo oral de emergência com LNG deve ser realizada com a maior brevidade possível, até um máximo de 72h após a relação sexual não protegida. No entanto, alguns estudos referem uma eficácia moderada até 120h após o ato. (2) A dose única recomendada é de 1.5 mg. Previamente, a posologia consistia na toma de dois comprimidos de 0.75 mg com 12h de diferença, porém, apesar dessa forma ainda estar disponível no mercado e ser utilizada, estudos subsequentes demonstraram que uma dose apenas é mais efetiva e conveniente para a mulher. (9,12,18)

O acesso a este método contraceptivo é fácil e seguro, tal nos Estados Unidos como em Portugal, dado que se encontra disponível para venda nas farmácias, sem necessidade de recurso a prescrição e sem restrições de venda relativamente a sexo e idade, tornando-o no contraceptivo de emergência mais frequentemente utilizado. (15)

#### **1.4.2 Acetato de Ulipristal (AUP)**

O acetato de ulipristal (AUP) é um modulador seletivo sintético, oralmente ativo, que atua devido à ligação de elevada afinidade com o recetor da progesterona. (19) Inicialmente, o AUP foi comercializado para utilização no tratamento não cirúrgico de miomas uterinos, nas doses de 5 a 10 mg diários durante 2 a 3 meses, contribuindo para a diminuição da hemorragia e do volume dos mesmos. (17,20) Porém, devido aos efeitos adversos relacionados com a toma prolongada do AUP para controlo da hemorragia em patologia miomatosa, este passou a ser utilizado apenas em situações de sintomatologia severa. (21,22)

Seguidamente, o AUG foi desenvolvido para utilização como contraceção de emergência e aprovado para comercialização em 2009 na Europa e em 2010 nos Estados Unidos. (23) No que concerne à dose indicada do contraceptivo de emergência com acetato de ulipristal, esta é de 30 mg em dose única, com necessidade da toma ser efetuada o mais precocemente possível após a relação sexual não protegida e até 120h após (5 dias). (19)

O acesso a este método contraceptivo tornou-se mais cómodo a partir do ano 2015, quando a Agência Europeia de Medicamentos autorizou a sua venda em farmácias sem necessidade de prescrição. (24)

### 1.4.3 Dispositivo Intrauterino de Cobre (DIU – Cu)

O dispositivo intrauterino de cobre pode ser utilizado como um método contraceptivo de emergência quando colocado até 120h (5 dias) após a RSNP, sendo especialmente indicado em mulheres que apresentem o desejo de manter o DIU como contraceção convencional e que cumpram os requisitos para tal. Contrariamente aos restantes métodos mencionados, o DIU-Cu pode ser utilizado como um método contraceptivo convencional de duração prolongada com uma durabilidade estimada de 10 anos. (25,26)

No que concerne à colocação do dispositivo, é imperativo a presença de um profissional especializado e treinado, especialmente para exclusão de gravidez, inflamação pélvica ou possibilidade de existência concomitante de uma doença sexualmente transmissível (Figura2). (27)

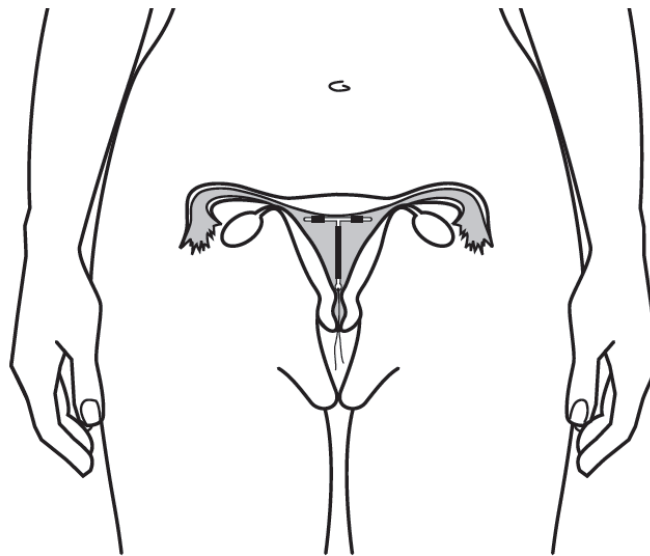


Figura 2 – DIU introduzido corretamente por um profissional especializado. Fonte: (27)

<b>Produto</b>	<b>Ulipristal</b>	<b>Levonorgestrel</b>	<b>Contraceptivos orais combinados</b>	<b>Dispositivo Intrauterino de Cobre</b>
<b>Dose usual</b>	30mg oralmente x1 dose	1.5mg oralmente x1 dose	100 µg ethinyl estradiol/0.5 mg levonorgestrel, seguido de uma segunda dose 12h depois	Não aplicável
<b>Hora da dose (depois do ato)</b>	Eficácia mantida até 120h	Eficácia decresce ao logo do tempo, administrar até 72h	Eficácia decresce ao longo do tempo; administrar a primeira dose dentro de 72h	Eficácia mantida até 120h
<b>Estado de Prescrição</b>	Sem prescrição	Sem prescrição	Prescrição	Requer inserção da pessoa a fornecer
<b>Consideração do peso</b>	Eficaz para IMC >25 kg/m <sup>2</sup>	Eficácia decrecida IMC >25 kg/m <sup>2</sup>	Eficácia decrecida IMC >25 kg/m <sup>2</sup>	Eficaz independentemente do IMC
<b>Eficácia (percentagem)</b>	1.4-1.9%	1.2-2.2%	3.2%	0-2%
<b>Efeitos adversos</b>	-Náuseas, dor abdominal -Dor de cabeça, tonturas - Menstruação atrasada, mancha	-Náuseas, dor abdominal -Dor de cabeça, tonturas -Sangramento, cãibras	-Náuseas, dor abdominal -Dor de cabeça, tonturas -Sangramento, cãibras	-Sangramento vaginal - Cãibras pélvicas -Perfuração uterina - Infecção pélvica

<b>Outros comentários</b>	Interações medicamentosas com o citocromo P450	Interações medicamentosas com o citocromo P450	-Interações medicamentosas com o citocromo P450 -Requer múltiplas doses -Pode ser usado como contraceção a longo prazo -Vários comprimidos para obter a dose correta	-Evitar pacientes com infecção pélvica ativa ou útero estruturalmente anormal -Eficaz como contraceção a longo prazo
---------------------------	--	--	---	---

Tabela 2 – Apresentação dos diferentes contraceptivos disponíveis e características. Adaptado de: (15)

## 1.5 Contraindicações para cada um dos métodos (absolutas e relativas)

A contraindicação mais frequentemente descrita para o recurso à contraceção de emergência é a prevalência de uma gravidez conhecida. De acordo com os critérios de elegibilidade médica dos Estados Unidos para o uso de contraceptivos (*US MEC – The Unites States Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2016*), a gravidez é considerada uma contraindicação absoluta para a inserção de um DIU-Cu. (28) A presença de um corrimento mucopurulento e infecções genitais ativas por clamídia ou gonorreia no momento da colocação do DIU são contraindicações relativas para a sua inserção, porém se o estado infecioso for assintomático e não houver risco de evolução para uma doença inflamatória pélvica (DIP), a decisão da colocação do DIU deve ser partilhada entre o médico e a paciente avaliando as vantagens e desvantagens adjacentes ao procedimento. Malformações e anomalias uterinas com distorção da cavidade, doença inflamatória pélvica ativa ou até três meses após a cura, hemorragia uterina de etiologia não esclarecida, doença maligna do trofoblasto e doença de Wilson são também contraindicações relativas para utilização do dispositivo intrauterino de cobre. (13)

Embora não exista referência a nenhuma contraindicação absoluta para a utilização de contraceptivos orais de emergência, estes não são indicados em mulheres com suspeita de gravidez, contudo, é importante salientar que não apresentam

efeitos nocivos para a mulher e para o feto em caso de toma durante o início da gestação. (9,28)

Como contraindicações relativas do LNG e do AUP, encontram-se: mulheres com antecedentes de doença vascular (EAM; AVC; outros eventos tromboembólicos), enxaqueca e doença hepática grave, sendo esta última mais específica no caso de utilização do acetato de ulipristal. Não obstante, não existe evidência satisfatória sobre a segurança do AUP na amamentação, pelo que se recomenda a suspensão do aleitamento por um período de 24h após a toma do CE. O AUP deve ainda ser utilizado com cautela em mulheres com asma não controlada e intolerância à lactose (intolerância à galactose, deficiência de Lapp-lactase e malabsorção de glucose-galactase). (29)

## **1.6 Efeitos secundários e respetivo tratamento**

Os contraceptivos de emergência orais existentes e disponíveis no mercado são eficazes e seguros, porém, uma pequena percentagem pode desenvolver alguns efeitos adversos e possíveis complicações que levam a uma menor procura e a uma maior resistência por parte das mulheres na sua utilização. Alguns dos efeitos que podem surgir consistem na antecipação ou atraso do sangramento menstrual, náuseas, vômitos, cefaleias e tonturas. No entanto, é importante tranquilizar as mulheres utilizadoras pois a maioria destes efeitos colaterais são transitórios e não apresentam necessidade de terapêutica adicional (24)

É imprescindível frisar que os contraceptivos de emergência orais não têm efeitos colaterais em caso de toma durante uma gravidez já iniciada, como mencionado anteriormente, à proporção que vários estudos mostram que o aborto espontâneo em mulheres que utilizaram contraceção oral de emergência, não é superior ao esperado na população geral (30)

Os efeitos adversos do acetato de ulipristal como método contraceptivo de emergência são classificados de leves a moderados e incluem cefaleias, náuseas, dores abdominais, dismenorreia, rigidez mamária e tonturas. (23)

Em alguns estudos prospetivos, foi observada a elevação transitória dos valores de alanina aminotransferase (ALT), aquando da toma de acetato de ulipristal de forma prolongada para o tratamento de miomas uterinos, existindo concomitantemente vários registos de lesões renais severas com necessidade de recurso a terapêutica de substituição renal. Após estas observações, em 2018 foi realizado um estudo com objetivo de avaliar a hepatotoxicidade do ulipristal e após a

avaliação dos resultados, em novembro de 2020 o acetato de ulipristal deixou de ser utilizado como tratamento contínuo das hemorragias associadas aos miomas uterinos, com exceção das mulheres pré-menopausicas, em que o tratamento cirúrgico não surtiu efeito. (31) Em contrapartida, desde a aprovação do acetato de ulipristal como contraceptivo de emergência, não ocorreu nenhum caso registado de lesão renal aguda com a dosagem utilizada para CE. (21,22,32)

Os efeitos colaterais do DIU como CE não diferem daqueles que surgem após a inserção de um DIU-Cu para utilização de contraceção convencional. Estes variam entre dor pélvica, que pode ter origem no momento da colocação do dispositivo e prolongar-se durante alguns dias. Se a dor for muito intensa, de modo a afetar a qualidade de vida da mulher, deve-se proceder à respetiva extração. Hemorragias irregulares, também denominadas de spotting podem surgir durante os primeiros meses após a colocação do dispositivo, mas têm tendência a diminuir e desaparecer posteriormente. Ocorre também um aumento do risco de doença inflamatória pélvica nas primeiras três semanas após a colocação e um risco de expulsão, deslocação ou perfuração pelo dispositivo. (5,13)

## **1.7 Efeitos sobre o ciclo menstrual**

Os contraceptivos de emergência em formulação oral atuam principalmente, inibindo ou atrasando a ovulação. O espermatozoide tem um tempo de vida de aproximadamente 5 dias no interior do sistema reprodutor feminino, enquanto o oócito permanece fértil por apenas por 24 horas. Em situações em que a ovulação é atrasada 5 dias, o contacto entre os espermatozoides e o oócito é impedido, não ocorrendo fecundação. (1)

O Levonorgestrel (LNG) atua como agonista do recetor da progesterona, de modo que o principal mecanismo de ação consiste na supressão da hormona luteinizante (LH), o que, conseqüentemente, atrasa ou inibe a ovulação por um período que se pode prolongar até 5 dias, dependendo da fase do ciclo que tenha ocorrido a RSNP e do tempo decorrido desde o ato sexual. Interfere ainda no processo de desenvolvimento folicular e maturação do corpo lúteo. Contudo, não surte nenhum efeito se o pico de LH já tiver iniciado ou após a ovulação, em consequência, o efeito na fertilização e implantação é muito reduzido. (5,33,34)

Relativamente ao Acetato de Ulipristal (AUP), o principal mecanismo de ação consiste na inibição ou atraso da ovulação através da supressão do aumento da hormona luteinizante. No entanto, a sua forma de atuação depende da altura do ciclo menstrual em que é administrado. Caso a administração seja precoce, inibe o

desenvolvimento folicular e diminui as concentrações de estrogênio o que, conseqüentemente, atrasa ou inibe a ovulação. Por sua vez, se administrado durante o pico da hormona luteinizante, atrasa a rotura folicular que precede a ovulação. (15) Durante a fase luteínica do ciclo menstrual, diminui a espessura do endométrio, o que poderá dificultar a implantação. Em contrapartida, alguns estudos defendem que as alterações histológicas que ocorrem no endométrio são inconsistentes e pouco significativas e que apesar do AUP afetar o perfil genético do endométrio, não existe um consenso sobre o impacto dessas alterações na prevenção da implantação. (23)

Por sua vez, o dispositivo intrauterino de cobre atua interferindo com o amadurecimento, transporte dos espermatozoides e fertilização do óvulo, associadamente, a resposta inflamatória do endométrio à presença do DIU também contribui para a inibição da implantação. (5,35) Ou seja, em situações em que a fertilização ocorra, inicia-se uma reação de corpo estranho no útero através da alteração de citoquinas da parede endometrial que inibem e impedem a implantação. (36)

<b>Método</b>	<b>Ovulação</b>	<b>Fertilização</b>	<b>Implantação</b>	<b>Gravidez</b>	<b>Modo de ação/eficácia</b>
<b>LNG</b>	Inibe ou atrasa a ovulação até 5 dias	Sem efeito	Sem efeito	Sem efeito	Atua no início do pico pré-ovulatório de LH (pré-ovulatório precoce)
<b>AUP</b>	Inibe ou atrasa a ovulação por 5 dias	Sem efeito	Sem efeito	Sem efeito	Atua na fase inicial e tardia do pico pré-ovulatório de LH (pré-ovulatório precoce e tardio)
<b>DIU cobre</b>	Sem efeito	Impede fertilização	Possível interferência	Sem efeito	Interfere na fertilização e nidadação

Tabela 3 –Efeito dos contraceptivos de emergência nas diferentes fases do ciclo menstrual. Fonte: (3)

## **1.8 Risco obstétrico em gravidez por falha na contraceção de emergência**

Uma gravidez não desejada apresenta-se como um problema de saúde pública, com uma variedade de impactos negativos no bem-estar físico e emocional da mulher, podendo culminar no recurso a tentativas de término da gravidez que acarretem risco para a sua vida. A OMS defende que uma gravidez planeada tem benefícios tanto na saúde materna como paterna, reduzindo a probabilidade de um nascimento prematuro.(6,37,38)

Estudos de coorte prospectivos de mulheres expostas a LNG como contraceptivo de emergência e que engravidaram, demonstraram que não há associação entre a exposição a LNG e o aparecimento de anomalias congénitas (39)

## **1.9 Monitorização médica após a contraceção de emergência**

Não existem orientações que determinem a necessidade de acompanhamento médico após a toma de um contraceptivo oral de emergência, no entanto, em situações em que ocorra atraso no aparecimento da menstruação até três semanas após o uso do contraceptivo pós-coital, é aconselhável a realização de um teste de gravidez. (24)

Por sua vez e dada a elevada prevalência a nível mundial de doenças sexualmente transmissíveis, as mulheres que relatam relações sexuais desprotegidas com um parceiro desconhecido, ou em caso de violência sexual, devem efetuar um rastreio para despiste e orientação futura. (14)

De acordo com a literatura, é seguro e aconselhável iniciar a utilização de um método contraceptivo oral convencional o mais precocemente possível, após a toma de LNG. A toma deste contraceptivo não fornece uma proteção prolongada para subseqüentes relações sexuais e, adicionalmente, não se encontra evidenciada nenhuma interação medicamentosa entre o contraceptivo de emergência com LNG e os métodos hormonais convencionais. É de ressaltar a necessidade de utilização concomitante de um contraceptivo não hormonal nos primeiros 7 dias após o início do contraceptivo hormonal ou até à menstruação seguinte. (8)

Se o CE utilizado for o AUP, a mulher deve aguardar aproximadamente 5 dias até iniciar um método de contraceção hormonal convencional, utilizando outro método não hormonal concomitantemente para proteção adicional nesse intervalo de tempo e nos primeiros dias após o início da utilização do contraceptivo convencional. De acordo com a evidência científica, a eficácia do AUP diminui quando seguido da administração de contraceção hormonal convencional. Estudos demonstraram que a

toma de um contraceptivo oral combinado, imediatamente após a toma do AUP evidencia uma maior taxa de rotura folicular nos cinco dias subsequentes comparativamente ao que seria espectável com a toma isolada do AUP (27% e 3% respetivamente). (40) O mesmo foi evidenciado em estudos utilizando o contraceptivo hormonal progestativo após o AUP, evidenciando uma taxa de ovulação de 45% comparativamente a uma taxa de 3% em mulheres que não iniciaram um método hormonal convencional de imediato. (41)

Relativamente à monitorização da colocação do dispositivo intrauterino de cobre, esta é efetuada três meses após a inserção, não diferindo dos casos de inserção para contraceção convencional. (29)

## **1.10 Casos Particulares**

### **1.10.1 Vômitos**

A utilização de antieméticos profilaticamente não é recomendada em mulheres que requerem a utilização de contraceptivos de emergência. Doenças relacionadas com má absorção intestinal, ou situações agudas e crónicas que se correlacionem com vômitos excessivos podem resultar numa diminuição da eficácia dos CE orais. Desta forma, recomenda-se a repetição do contraceptivo oral se tiver ocorrido um vômito nas primeiras três horas após a toma, sendo este considerado o máximo de tempo necessário para as concentrações do contraceptivo atingirem o pico máximo de concentração no plasma. Uma revisão sistemática realizada com intuito de estudar a incidência de náuseas e vômitos aquando da toma dos diferentes contraceptivos de emergência, demonstrou que a utilização do CE com LNG está associada a uma menor incidência de náuseas e vômitos do que o AUP e o método de *Yuzpe*. (42,43)

### **1.10.2 Necessidade de repetir a CE no mesmo ciclo**

O dispositivo intrauterino de cobre é o único método que mantém uma elevada eficácia de proteção prolongada contra uma gravidez não desejada durante todas as fases do ciclo menstrual, desde o momento em que é colocado até ao momento em que é removido. (13)

Por sua vez, o contraceptivo de emergência com LNG é seguro e pode ser repetido no mesmo ciclo se ocorrer uma relação sexual não protegida num período superior a 72h após a toma da última CE. (44) É de constatar que a contraceção de emergência, apesar de permitir a repetição durante o mesmo ciclo, não é tão eficaz quanto a

concentração convencional utilizada de modo diário. (13)

Relativamente à utilização repetida do CE com AUP num mesmo ciclo, apesar de segura, estudos evidenciaram uma redução da eficácia do AUP quando administrado a cada 5-7 dias, revelando que a ovulação ocorreu em cerca de 70% dos ciclos apesar da sua utilização, pelo que a sua repetição não é recomendada. (45) Apesar desta alteração da eficácia observada, o mesmo não ocorre quando uma mulher toma um CE com AUP após falha no seu contraceptivo hormonal habitual, uma vez que nesses casos, o atraso do reinício da contraceção convencional eleva o risco de ovulação e consequente gravidez. (46)

## **2. Objetivos**

O objetivo principal desta dissertação incidiu na identificação da evidência científica atual sobre:

- Comparação da eficácia entre os diferentes métodos de Contraceção de emergência
- Eficácia da Contraceção de Emergência em situações particulares:
  - o Obesidade
  - o Com risco de tromboembolismo
  - o A efetuar outras medicações (antiácidos, anti-convulsivantes, etc)
  - o Com antecedentes de cancro da mama
  - o Vítimas de abuso sexual



### **3. Metodologia**

A presente dissertação foi desenvolvida com base numa ampla pesquisa bibliográfica sobre Contraceção de Emergência, realizada entre os meses de setembro de 2022 e abril de 2023. A recolha de informação foi efetuada maioritariamente com base em ferramentas digitais, salientando-se a pesquisa de literatura científica através das seguintes bases de dados: PubMed, ScienceDirect (Elsevier) e RCAAP. A pesquisa inicial de artigos de revisão foi realizada com o recurso às seguintes palavras-chave: “*emergency contraception*”, “*post coital contraception*”, “*emergency contraception pills*”, “*levonorgestrel emergency contraception*”, “*ulipristal contraception*” e “*safety emergency contraception*”.

A seleção dos artigos científicos teve como base a data de publicação, sendo considerados preferencialmente os artigos científicos publicados nos últimos anos, redigidos nas línguas portuguesa e inglesa. A análise dos artigos e posterior correlação constituiu a base bibliográfica para a realização da respetiva monografia.



## 4. Resultados e Discussão

### 4.1 Comparação da eficácia entre os diferentes tipos de CE

Os contraceptivos de emergência hormonais (LNG e AUP) demonstraram elevado grau de eficácia quando utilizados nas primeiras 72h após a RSNP. (12)

O LNG tem uma eficácia inversamente proporcional ao intervalo de tempo entre a relação sexual e a toma do CE, ou seja, quando maior o tempo decorrido desde o ato sexual, menor a taxa de sucesso. (29) Na análise combinada de dois ensaios aleatorizados, em que foi comparada a eficácia do LNG e do AUP, foi demonstrada um maior grau de eficácia aquando da utilização do AUP, sendo a probabilidade de engravidar 65% mais baixa quando a toma é efetuada nas primeiras 24h e 42% mais baixa até 72h após a RSNP em comparação com LNG. (18,47) Assim, estudos estimam que 1,2-2,1% das mulheres que utilizam LNG como CE engravidam, porém são registadas percentagens superiores em mulheres com excesso de peso e obesas. Relativamente ao acetato de ulipristal, estima-se que a gravidez possa ocorrer em 1,2% das mulheres utilizadoras. (47)

O DIU-Cu tem uma taxa de eficácia de 99% na prevenção da gravidez quando colocado até 120h (5 dias) após a RSNP, sendo considerado o método contraceptivo de emergência com maior eficácia, independentemente do peso da mulher e da altura do ciclo menstrual em que ocorre a colocação. (48)

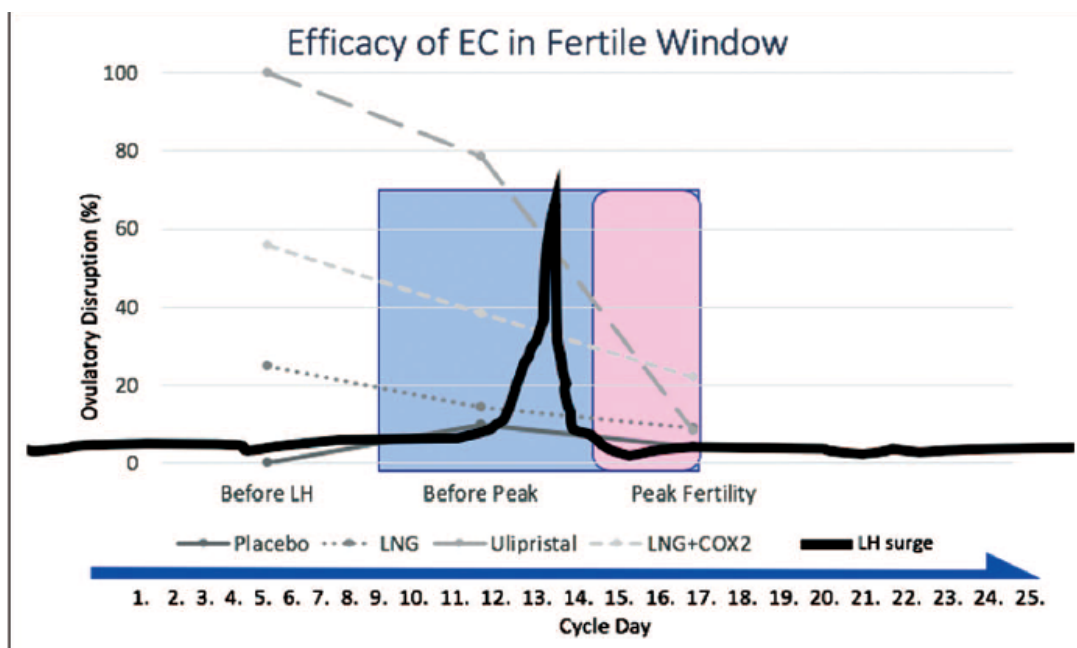


Figura 1 – Comparação da eficácia dos diferentes métodos contraceptivos de emergência Fonte: (9)

## 4.2 Comparação da eficácia da CE em mulheres obesas

Diversos estudos demonstraram não existir evidência de qualquer oscilação na eficácia do DIU-Cu como contraceptivo de emergência quando correlacionado com o peso e índice de massa corporal das mulheres. (33) Em contrapartida, o mesmo não é observado nos métodos contraceptivos de emergência hormonais, em que se denota uma alteração significativa. Relativamente à eficácia do método com LNG, esta diminui consideravelmente em mulheres que tenham um índice de massa corporal (IMC) superior a 25 kg/m<sup>2</sup> ou um peso corporal superior a 75 Kg. (15,49) Uma meta-análise sobre o estudo da eficácia dos contraceptivos hormonais demonstrou que o risco de engravidar é cerca de uma vez e meia superior nas mulheres com excesso de peso, ou com IMC (25-29,9 kg/m<sup>2</sup>) e cerca de três vezes superior em mulheres obesas (IMC > 30 kg/m<sup>2</sup>) comparativamente a mulheres com peso considerado na faixa da normalidade. (47)

Em um outro estudo que envolveu a participação de 1731 mulheres que utilizaram CE hormonal com LNG, demonstraram taxas de gravidez iguais ou inferiores a 1,4% em mulheres com peso igual ou inferior a 75 Kg, comparativamente a taxas de 6,4% e 5,7% em mulheres com peso entre 75 e 85Kg e >85Kg respetivamente (49)

Por último, de acordo com um estudo realizado no ano de 2022, evidenciou-se uma falha na diminuição dos níveis de rotura folicular em mulheres com obesidade mesmo em situações de administração de uma dose superior de LNG (3 mg), comparativamente a mulheres com IMC normal. (50)

Apesar da eficácia do AUP também sofrer alterações dependentes do peso e índice de massa corporal, AUP é considerado mais efetivo mesmo nas mulheres com excesso de peso ou naquelas que já se encontram na faixa da obesidade. (18) Em mulheres com excesso de peso, ou seja, IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>, o AUP demonstrou ter uma taxa de eficácia igual ao observado nas mulheres com IMC < 25 kg/m<sup>2</sup>, porém as alterações começam a ser evidentes em mulheres obesas, sendo nestes casos, o risco de engravidar duas vezes superior ao esperado em mulheres na faixa de peso normal. (47)

### **4.3 Comparação de eficácia em mulheres com risco de tromboembolismo**

A relação entre a utilização de contraceptivos hormonais e a incidência de tromboembolismo venoso tem sido amplamente estudada ao longo dos anos. Alguns estudos e meta-análises demonstraram que a utilização de contraceptivos orais combinados contendo etinilestradiol e um progestativo aumentam o risco de tromboembolismo venoso. (51,52)

O método *Yuzpe*, sendo um método de contraceção de emergência combinado, com estrogénio na sua composição, não demonstrou alterar significativamente o Fator VII ou os níveis de antitrombina nos casos de mulheres com risco aumentado de tromboembolismo ou hipercoagulabilidade, contrariamente ao que é evidenciado nas situações de uso de contraceptivos combinados convencionais devido à administração de uma dose diária contínua de estrogénio. Deste modo, é evidente que uma toma única não apresenta efeito tromboembólico, não existindo até então nenhum registo de caso de tromboembolismo venoso secundário à utilização de contraceptivos de emergência com estrogénio na sua composição (13)

De acordo com os critérios de elegibilidade médica dos Estados Unidos para o uso de contraceptivos (*US MEC – The United States Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use 2016*), o historial tromboembólico é uma contraindicação relativa para a utilização de LNG e AUP, no entanto, é salvaguardada que a vantagem da sua utilização é superior ao risco adicional que possa provocar. Por sua vez, o DIU-Cu não apresenta qualquer adição de risco em situações de mulheres com propensão a tromboembolismo. (28)

### **4.4 Comparação da eficácia em mulheres da CE em mulheres que necessitam concomitantemente de outras medicações**

Consoante a evidência científica existente, o LNG e o AUP são considerados substratos do citocromo P450, conseqüentemente, a utilização simultânea destes CE orais com indutores enzimáticos como o efavirenz a carbamazepina, a oxcarbazepina e a fenitoína podem interferir no metabolismo dos contraceptivos de emergência reduzindo a sua eficácia (53) Desta forma, as mulheres que necessitem de CE enquanto utilizadoras de indutores enzimáticos ou que se encontrem dentro de um período de 28 dias após o abandono do tratamento com indutores enzimáticos, devem recorrer ao DIU-Cu como método preferencial, uma vez que não são documentadas interações medicamentosas. (13)

Estão englobados neste grupo os seguintes fármacos:

- Anticonvulsivantes – fenobarbital, fenitoína, fosfenitoína, primidona e carbamazepina.
- Antimicrobianos – griseofulvina, rifabutina, rifampicina e ritonavir.
- Antiretrovíricos – Inibidores da Protease (Lopinavir; Ritonavir; Saquinavir; Nelfinavir; Atazanavir) e Não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (Efavirenz; Nevirapina; Etravirine; Rilpivirina)
- Plantas – Hipericão ou Erva de S. João (*Hypericum perforatum*)

Em situações em que a inserção do dispositivo intrauterino de cobre não seja possível, é aconselhado duplicar a dose do CE oral LNG para obtenção de uma melhor eficácia (3mg). (24)

É importante salientar que o AUP e o LNG podem inibir a glicoproteína-P quando utilizados nas doses de contraceptivos de emergência. Essa inibição pode levar ao acúmulo dos substratos da glicoproteína-P como a digoxina e a colchicina, levando a que estas atinjam níveis supraterepêuticos. (54)

#### **4.5 Comparação de eficácia em mulheres com cancro da mama**

O cancro da mama é o cancro mais comum nas mulheres mundialmente. No Estados Unidos, a maioria das mulheres são diagnosticadas com cancro da mama após a menopausa, porém uma pequena percentagem é diagnosticada durante a idade fértil. Uma gravidez não desejada numa fase de cancro da mama ativo levanta questões sobre possível término da gravidez ou atraso no tratamento, pelo que a contraceção de emergência tem um papel fulcral na evicção de uma gravidez não desejada após uma RSNP. (55)

Para uma mulher com cancro da mama que deseje a utilização de um método contraceptivo convencional, todos os métodos hormonais são contraindicados. O DIU-Cu é o único contraceptivo não hormonal de utilização prolongada que não tem restrições de utilização durante o a doença. De acordo com os critérios de elegibilidade médica da Organização Mundial de Saúde (*Medical eligibility criteria for contraceptive use – WHO 2015*) a contraceção de emergência é considerada elegível em mulheres com cancro da mama ativo, pelo que é possível considerar as opções hormonais e não hormonais dependendo do tempo desde a RSNP e da vontade da mulher. (56)

## **4.6 Comparação de eficácia em mulheres vítimas de abuso sexual**

O abuso sexual é considerado um problema de saúde pública que afeta mulheres e homens mundialmente e encontra-se integrado na Classificação Internacional de Doenças (CID-10). Nos Estados Unidos, cerca de 21,3% das mulheres já sofreram uma tentativa de violação ou foram realmente violadas. Cerca de  $\frac{3}{4}$  das mulheres vítimas de abuso sexual receiam a possibilidade de contração de uma doença sexualmente transmissível e de uma gravidez não desejada. (57,58)

A seleção do CE mais adequada em situações de abuso sexual depende de: tempo decorrido desde o abuso sexual, probabilidade de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis e tratamento médico de lesões resultantes do evento.

Se o abuso sexual ocorreu num período inferior a 72h ou inferior a 120h, o recurso a contraceptivos de emergência hormonais é uma possibilidade, pois apesar do DIU-Cu ser considerado o método com maior taxa de eficácia, nos casos de abuso sexual, é necessário ter em atenção as condições psicológicas e clínicas da mulher para a inserção do dispositivo, tal como o risco de desenvolver uma doença sexualmente transmissível, o que é uma contraindicação para a sua utilização. (14)

## 5. Conclusão

A descoberta dos métodos contraceptivos veio revolucionar a saúde sexual e reprodutiva, permitindo à mulher controlar o seu ciclo menstrual de acordo com as suas necessidades. Subsequentemente, com o surgimento dos métodos contraceptivos de emergência, foi possível criar uma última linha de proteção contra uma gravidez não desejada após uma relação sexual não protegida. Apesar dos mitos ainda presentes na sociedade sobre os malefícios dos contraceptivos de emergência, estes são seguros e apresentam uma elevada taxa de eficácia quando utilizados num período até 72h-120h após o ato sexual.

No que concerne aos diferentes graus de eficácia, o dispositivo intrauterino de cobre é considerado o método mais eficaz, independentemente da altura do ciclo menstrual em que é utilizado.

Por sua vez, dando ênfase aos contraceptivos de emergência hormonais, estudos demonstram que o acetato de ulipristal apresenta uma maior taxa de eficácia comparativamente ao levonorgestrel e que será mais benéfico o aconselhamento do CE hormonal com AUP a mulheres com peso > 70 Kg ou IMC > 25 kg/m<sup>2</sup>. Nos casos evidentes de obesidade é aconselhável optar pelo método CE não hormonal DIU-Cu, uma vez que a sua eficácia se mantém constante independentemente do peso ou índice de massa corporal das utilizadoras, evitando o risco de uma gravidez não desejada.

Em situações de risco aumentado de tromboembolismo, cancro da mama ou abuso sexual, qualquer um dos métodos disponibilizados pode ser utilizado dependendo do tempo decorrido desde a relação sexual. Com especial atenção para com as vítimas de abuso sexual, em que o DIU-Cu pode não ser o mais adequado devido a todas as condições subjacentes.

O DIU-Cu é considerado também o método mais adequado e eficaz em situações em que as mulheres utilizem outros medicamentos concomitantes que sejam indutores enzimáticos.

Apesar do caminho já percorrido, a percentagem de interrupções voluntárias da gravidez continua elevada, o que demonstra a necessidade de investir no planeamento familiar e na formação dos profissionais de saúde para os tornar aptos a responder às necessidades da população.

## 6. Referências

1. Upadhyia KK. Emergency Contraception. *Pediatrics* [Internet]. 2019 Dec 1 [cited 2023 Mar 12];144(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31740497/>
2. Haeger KO, Lamme J, Cleland K. State of emergency contraception in the U.S., 2018. *Contracept Reprod Med* [Internet]. 2018 Dec [cited 2023 Mar 24];3(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30202545/>
3. Pacheco A, Rosa Costa A, Martins I, Palma F, Sousa F, Do M, et al. Recomendações sobre Contraceção de Emergência. 2015 [cited 2023 Mar 29]; Available from: [www.spdc.pt](http://www.spdc.pt)
4. Cameron ST, Li H, Gemzell-Danielsson K. Current controversies with oral emergency contraception. *BJOG*. 2017 Dec;124(13):1948-1956. doi: 10.1111/1471-0528.14773. Epub 2017 Jul 17. PMID: 28658565.
5. Ranganathan S, Gupta V. Postcoital Contraception. [Updated 2022 May 29]. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559157/>.
6. Michie L, Cameron ST. Emergency contraception and impact on abortion rates. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* [Internet]. 2020 Feb 1 [cited 2023 Mar 24];63:111–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31362908/>
7. Moore A, Ryan S, Stamm C. Seeking emergency contraception in the United States: A review of access and barriers. *Women Health* [Internet]. 2019 Apr 21 [cited 2023 Mar 29];59(4):364–74. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29920165/>
8. Leelakanok N, Methaneethorn J. A Systematic Review and Meta-analysis of the Adverse Effects of Levonorgestrel Emergency Oral Contraceptive. *Clin Drug Investig*. 2020 May 11;40(5):395–420.
9. Cahill EP, Blumenthal PD. Pericoital contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2023 Mar 29];30(6):400–6. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30399016/>
10. Apter D. Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2018 Apr;48:115–27.
11. Festin MPR. Overview of modern contraception. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020 Jul;66:4–14.
12. Matyanga CMJ, Dzingirai B. Clinical Pharmacology of Hormonal Emergency Contraceptive Pills. 2018 [cited 2023 Mar 24]; Available from: <https://doi.org/10.1155/2018/2785839>

13. Salcedo J, Cleland K, Bartz D, Thompson I. Society of Family Planning Clinical Recommendation: Emergency contraception. *Contraception* [Internet]. 2023 Jan [cited 2023 Mar 24];109958. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36693445/>
14. Banvard-Fox C, Linger M, Paulson DJ, Cottrell L, Davidov DM. Sexual Assault in Adolescents. *Prim Care* [Internet]. 2020 Jun 1 [cited 2023 Mar 24];47(2):331–49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32423718/>
15. Mazer-Amirshahi M, Ye P. Emergency contraception in the emergency department. *Am J Emerg Med*. 2023 Jan 1;63:102–5.
16. Contraceção de emergência. Lei n.o 12/2001 de 29 de Maio. DIÁRIO DA REPÚBLICA - I SÉRIE-A N.o 124 - 29 de Maio de 2001 [Internet]. [cited 2023 Mar 29]. Available from: <http://dre.pt/pdfs/2001/05/124A00/31483148.pdf>.
17. Emergency Contraceptive Agents. LiverTox: Clinical and Research Information on Drug-Induced Liver Injury [Internet]. 2012 [cited 2023 Mar 24]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31643382/>
18. Dada OA, Godfrey EM, Piaggio G, von Hertzen H; Nigerian Network for Reproductive Health Research and Training. A randomized, double-blind, noninferiority study to compare two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigeria. *Contraception* 2010; 82:373–378.
19. Chao YS, Frey N. Ulipristal versus Levonorgestrel for Emergency Contraception: A Review of Comparative Clinical Effectiveness and Guidelines [Internet]. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health [Internet]. 2018 [cited 2023 Mar 24];1–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30883064/>
20. Fauser BC, Donnez J, Bouchard P, Barlow DH, Vázquez F, Arriagada P, Skouby SO, et al. Safety after extended repeated use of ulipristal acetate for uterine fibroids. *PLoS One*. 2017;12:e0173523. PubMed PMID: 28267814.
21. Donnez J. Liver injury and ulipristal acetate: an overstated tragedy? *Fertil Steril*. 2018 Sep;110(4):593–5.
22. Del Forno S, Degli Esposti E, Salucci P, Leonardi D, Iodice R, Arena A, et al. Liver function, tolerability and satisfaction during treatment with ulipristal acetate in women with fibroids: a single center experience. *Gynecol Endocrinol*. 2020 May;36(5):445–7.
23. Li HWR, Resche-Rigon M, Bagchi IC, Gemzell-Danielsson K, Glasier A. Does ulipristal acetate emergency contraception (ella®) interfere with implantation? *Contraception*. 2019 Nov;100(5):386–90.

24. European Consortium for EmeRgency Contraception (ECEC). Emergency contraception A guideline for service provision in Europe. 2016 [cited 2023 Mar 26]; Available from: [https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2014/03/ECEC\\_-EC-A-guideline-for-service-provission-in-Europe\\_Feb2014.pdf](https://www.ec-ec.org/wp-content/uploads/2014/03/ECEC_-EC-A-guideline-for-service-provission-in-Europe_Feb2014.pdf)
25. Williams BN, Jauk VC, Szychowski JM, Arbuckle JL. Adolescent emergency contraception usage, knowledge, and perception. *Contraception*. 2021 May;103(5):361–6.
26. Shen J, Che Y, Showell E, Chen K, Cheng L. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2017 Aug 2 [cited 2023 Mar 23];8(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28766313/>
27. World Health Organization. Family planning: a global handbook for providers: evidence-based guidance developed through worldwide collaboration; 2011. p. 59–81. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44028>.
28. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, et al. US medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1–103.
29. Pacheco PA, Rosa Costa A, Lanhoso A, Teresa A, Santos A, Rodrigues C, et al. Organização Organização Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) Revisão científica da responsabilidade da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC). 2020;
30. FSRH Clinical Guideline: Emergency Contraception (March 2017, amended December 2020) - Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare [Internet]. [cited 2023 Mar 27]. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/ceu-clinical-guidance-emergency-contraception-march-2017/>
31. Esmya (ulipristal acetate): suspension of the licence due to risk of serious liver injury - GOV.UK [Internet]. [cited 2023 Apr 25]. Available from: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/esmya-ulipristal-acetate-suspension-of-the-licence-due-to-risk-of-serious-liver-injury>
32. Rabe T, Saenger N, Ebert AD, Roemer T, Tinneberg HR, De Wilde RL, et al. Selective Progesterone Receptor Modulators for the Medical Treatment of Uterine Fibroids with a Focus on Ulipristal Acetate. *Biomed Res Int*. 2018;2018:1374821.
33. Turok DK, Gero A, Simmons RG, Kaiser JE, Stoddard GJ, Sexsmith CD, et al. Levonorgestrel vs. copper intrauterine devices for emergency contraception. *N Engl J Med*. 2021;384(4):335–44.

34. Endler M, Li RHW, Gemzell Danielsson K. Effect of levonorgestrel emergency contraception on implantation and fertility: A review. *Contraception* [Internet]. 2022 May 1 [cited 2023 Mar 22];109:8–18. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35081389/>
35. Ortiz ME, Croxatto HB. Copper-T intrauterine device and levonorgestrel intrauterine system: biological bases of their mechanism of action. *Contraception* 2007;75(6 Suppl):S16–30 .
36. Gemzell-Danielsson K, Berger C, Lalitkumar PGL. Emergency contraception - mechanisms of action. *Contraception* 2013;87(3):300–8.
37. Health matters: reproductive health and pregnancy planning - GOV.UK [Internet]. [cited 2023 Apr 2]. Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/health-matters-reproductive-health-and-pregnancy-planning/health-matters-reproductive-health-and-pregnancy-planning>
38. Agrawal S, Irwin C, Dhillon-Smith RK. An evaluation of the quality of online information on emergency contraception. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*. 2021 Jul 4;26(4):343–8.
39. Zhang L, Ye W, Yu W, Cheng L, Shen L, Yang Z. Physical and Mental Development of Children after Levonorgestrel Emergency Contraception Exposure: A Follow-Up Prospective Cohort Study<sup>1</sup>. *Biol Reprod*. 2014 Jul 1;91(1).
40. Edelman AB, Jensen JT, McCrimmon S, Messerle-Forbes M, O'Donnell A, Hennebold JD. Combined oral contraceptive interference with the ability of ulipristal acetate to delay ovulation: a prospective cohort study. *Contraception* 2018;98(6):463–6.
41. Brache V, Cochon L, Duijkers IJM, Levy DP, Kapp N, Monteil C, et al. A prospective, randomized, pharmacodynamic study of quick-starting a desogestrel progestin-only pill following ulipristal acetate for emergency contraception. *Hum Reprod* 2015;30(12):2785–93.
42. Curtis K, Jatlaoui T, Tepper N, Zapata L, Horton L, Jamieson D, et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recomm Rep* 2016;65(4):1–66 .
43. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006;108:1089–97.

44. Jatlaoui TC, Riley H, Curtis KM. Safety data for levonorgestrel, ulipristal acetate and Yuzpe regimens for emergency contraception. *Contraception* 2016;93(2):93–112 .
45. Jesam C, Cochon L, Salvatierra AM, Williams A, Kapp N, Levy-Gompel D, et al. A prospective, open-label, multicenter study to assess the pharmacodynamics and safety of repeated use of 30 mg ulipristal acetate. *Contraception* 2016;93(4):310–16.
46. Banh C, Rautenberg T, Duijkers I, Borenstein P, Monteil C, Levy-Gompel D, et al. The effects on ovarian activity of delaying versus immediately restarting combined oral contraception after missing three pills and taking ulipristal acetate 30 mg. *Contraception* 2020;102(3):145–51.
47. Glasier A, Cameron ST, Blithe D, Scherrer B, Mathe H, Levy 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;84(4):363–7 .
48. Goldstuck ND, Cheung TS. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception and beyond: a systematic review update. *Int J Womens Health*. 2019 Aug;Volume 11:471–9.
49. Kapp N, Abitbol J, Mathe H, et al. Effect of body weight and BMI on the efficacy of levonorgestrel emergency contraception. *Contraception*. 2015;91:97–104.
50. Edelman AB, Hennebold JD, Bond K, Lim JY, Cherala G, Archer DF, et al. Double dosing levonorgestrel-based emergency contraception for individuals with obesity: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2022;140(1):48–54.
51. Sitruk-Ware R. Hormonal contraception and thrombosis. *Fertil Steril*. 2016 Nov;106(6):1289–94.
52. Manzoli L., De Vito C., Marzuillo C., Boccia A., and Villari P.: Oral contraceptives and venous thromboembolism: a systematic review and meta-analysis. *Drug Saf* 2012; 35: pp. 191-205.
53. le Corvaisier C, Capelle A, France M, Bourguignon L, Tod M, Goutelle S. Drug interactions between emergency contraceptive drugs and cytochrome inducers: literature review and quantitative prediction. *Fundam Clin Pharmacol* 2021;35(2):208–16.
54. Matyanga CMJ, Dzingirai B. Clinical pharmacology of hormonal emergency contraceptive pills. *Int J Reprod Med* 2018;2018:2785839 .
55. Casey PM. Caring for the breast cancer survivor's health and well-being. *World J Clin Oncol*. 2014;5(4):693.

56. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th: WHO. 2015 [cited 2023 Apr 27]; Available from: [https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/MEC-5/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/)
57. Gilmore AK, McKee G, Flanagan JC, Leone RM, Oesterle DW, Kirby CM, et al. Medications at the Emergency Department After Recent Rape. *J Interpers Violence*. 2022 Aug 18;37(15–16):NP12954–72.
58. Cleland K, Kumar B, Kakkad N, Shabazz J, Brogan NR, Gandal-Powers MK, et al. Now is the time to safeguard access to emergency contraception as abortion restrictions sweep the United States. *Contraception*. 2022 Oct;114:6–9.