

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: INDICAÇÕES E MÉTODOS

Rodrigo Schroeder Canova
Fernanda Borsatto Caruso
Marcelino Espírito Hofmeister Poli

UNITERMOS

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA; ANTICONCEPCIONAIS ORAIS; ANTICONCEPTIVOS POSCOITO; GRAVIDEZ NÃO DESEJADA; PREVENÇÃO DE GESTAÇÃO.

KEYWORDS

EMERGENCY CONTRACEPTION; CONTRACEPTIVES, ORAL; CONTRACEPTIVES, POSTCOITAL; PREGNANCY, UNWANTED; PREGNANCY PREVENTION.

SUMÁRIO

Gestações indesejadas são prevalentes em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento, e estão associadas a dramáticas consequências sociais e de saúde. O médico deve ter conhecimento de todos os métodos anticoncepcionais disponíveis, especialmente aqueles para contracepção de emergência, seu modo de uso correto, suas indicações, eficácia e segurança.

SUMMARY

Unintended pregnancies are prevalent worldwide, particularly in developing countries, and are associated with dramatic social and health consequences. Healthcare providers must have knowledge on all contraceptive available methods, especially those for emergency contraception, their correct use, indications, effectiveness and safety.

INTRODUÇÃO

Apesar da disponibilidade de métodos contraceptivos, a incidência da gravidez indesejada ainda é muito elevada em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento. Estima-se que mais de oito milhões de mulheres estão expostas à gravidez indesejada no Brasil, seja por uso inadequado dos métodos anticoncepcionais ou por falta de conhecimento e acesso a eles. Segundo estimativas da OMS metade das gestações são indesejadas, e uma em cada nove mulheres recorre ao abortamento provocado, frequentemente inseguro. No Brasil os cálculos mostram índice de abortamento

provocado de 31%. Apenas o Sistema Único de Saúde (2004) atendeu 243.988 casos de curetagem pós-abortamento, sendo esta a cirurgia mais realizada pelo SUS entre 1995 e 2007, o que contribui com aproximadamente 9% das mortes maternas e 25% dos casos de esterilidade por fator tubário.¹ Por trazer inúmeras consequências do ponto de vista social e de saúde, é indispensável na prática médica uma abordagem adequada das pacientes em risco de gestação indesejada, proporcionando-lhes recursos para preveni-la.

A contracepção de emergência se refere a intervenções no sentido de prevenir uma gestação após relação sexual desprotegida ou potencial falha de método anticoncepcional em uso. Informações sobre indicação, métodos disponíveis, eficácia e segurança são fundamentais.

Indicações

Qualquer mulher em idade reprodutiva pode ter necessidade de usar algum método emergencial para evitar uma gestação não desejada se passar por alguma das seguintes situações:

1) Mantiver relacionamento sexual sem estar em uso de algum método contraceptivo;

2) Se perceber, após o relacionamento, a possibilidade de falha do método ou o uso incorreto, incluindo:

- Rompimento do condom, escape ou uso incorreto do preservativo;
- Esquecimento de três ou mais contraceptivos orais combinados;
- Retardo em mais de 3 horas na tomada da pílula só de progestágeno;
- Retardo em mais de 4 semanas na aplicação do contraceptivo injetável trimestral só de progestágeno (AMPD);
- Retardo em mais de 7 dias na aplicação do injetável combinado mensal;
- Deslocamento, retardo na colocação ou remoção precoce de contraceptivo adesivo cutâneo ou anel vaginal;
- Deslocamento, ruptura, rasgão ou remoção precoce de diafragma ou capuz cervical;
- Falha no coito interrompido com ejaculação na vagina ou na genitália externa;
- Falha na dissolução de comprimido ou filme de espermicida, antes da relação;
- Erro na determinação do período de abstinência sexual, se em uso algum dos métodos de abstinência periódica baseada no conhecimento do período fértil;
- Expulsão de DIU;

3) For vítima de abuso sexual sem estar usando método contraceptivo eficaz.²

No Brasil, a contracepção de emergência está incluída pelo Ministério da Saúde nas normas técnicas de Planejamento Familiar (1996) e Violência Sexual (1998). Também faz parte das recomendações e orientações da Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e da Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH). Entre os organismos internacionais, está aprovada pela Organização Mundial de Saúde, pela International Planned Parenthood Federation (IPPF), pela Family Health International (FHI), pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO) e pelas agências reguladoras da maioria dos países, incluindo a Food and Drug Administration (FDA).

Métodos Disponíveis

- Levonorgestrel (LNG) 1,5 mg, um progestágeno, indicado até 72 horas após a relação desprotegida.
- Método de Yuzpe, uma combinação de progestágeno e estrogênio em altas doses (500 µg de LNG + 100µg de etinilestradiol, em duas tomadas com intervalo de 12h). Pelo maior número de efeitos colaterais, não é mais utilizado quando pílulas apenas com levonorgestrel estão disponíveis.
- Dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, inserido em até 5 dias após relação desprotegida ou ovulação.
- Acetato de ulipristal 30 mg, um modulador do receptor de estrogênio, indicado até 120h após relação desprotegida. Não disponível no Brasil.
- Mifepristone, um modulador do receptor de progesterona, tem sido estudado, mas atualmente só está disponível na China e no Vietnã.

Obs: Não há evidência para uso de DIU com levonorgestrel como contraceptivo de emergência.³

Tabela 1 - Apresentações de levonorgestrel no Brasil:

Na dose pronta 1,5 mg	Na dose de 0,75 mg
1 comprimido de LNG com os nomes comerciais:	2 comprimidos de LNG com os nomes comerciais:
Postinor Uno (Laboratório Aché)	Postinor 2 (Laboratório Aché)
Pozato Uni (Laboratório Libbs)	Pilem (Laboratório União Química)
	Pozato (Laboratório Libbs)
	Nogravide (Laboratório Hebron)
	Minipil2-Post (Laboratório Sigma Pharma)
	Diad (Laboratório Simed)
	Poslov (Laboratório Cifarma)
	Prevyol (Laboratório Legrand/Sigma Pharma)

Modo De Ação

O levonorgestrel (LNG) e o ulipristal atuam principalmente pela inibição ou retardamento da ovulação. O LNG atrasa o pico de hormônio luteinizante (LH) e também pode ter um efeito na produção de progesterona no corpo lúteo já formado. O ulipristal suprime o folículo dominante inclusive durante o pico de LH, sendo por isto provavelmente mais efetivo que o LNG.⁴⁻⁷

O DIU é tóxico ao óvulo e ao espermatozóide e previne a fertilização quando usado como contraceptivo regular, porém quando inserido após a fertilização também tem um efeito anti-implantação.⁸

Eficácia

O risco de gestação após um episódio de relação sexual desprotegida varia de acordo com o período do ciclo menstrual, chegando a 20-30% no período peri-ovulatório.⁹

O DIU de cobre é sempre o método emergencial mais efetivo na prevenção de gestação. Uma meta-análise de 35 anos de estudos com DIU mostrou que ele é altamente eficaz, seguro e torna-se custo-efetivo quando permanece como método contraceptivo de longo prazo. A taxa de falha coletiva foi de 0,09%.⁸

Ensaio clínicos com LNG mostram uma variação na eficácia, explicada por dificuldades em determinar o tempo entre o coito e a tomada da medicação. Sua eficácia é alta quando administrado antes do pico de LH. Nos casos em que já houve o pico e a ovulação, alguns outros mecanismos como supressão lútea e alteração do muco cervical podem diminuir o risco de gestação, porém com eficácia inferior. O LNG é aprovado em até 72 horas após o coito, porém 4 ensaios controlados da OMS sugerem que possa ser efetivo por até 96h.

Tabela 2 -

Método	Tempo após RS desprotegida	Previne/atrasa ovulação	Previne implantação	Eficácia
DIU de cobre	5 dias	Não	Sim	99%
LNG 1,5mg	Até 72h	Apenas antes do pico de LH	Não	89%
Youzpe: 100µg de EE + 500 µg de LNG (x2)	Até 72h	Apenas antes do pico de LH	Não	75%
Acetato de ulipristal* 30mg	Até 120h	Inclusive durante o pico de LH	Não	89%

*indisponível no Brasil

Segurança

Representa o potencial de o método contraceptivo causar riscos à saúde de quem o utiliza. É avaliada pelos parefeitos, efeitos indesejáveis e complicações que provoca, ou pode provocar. Está relacionada às condições

clínicas da paciente e suas características, que estão minuciosamente classificadas nos Critérios de Elegibilidade dos Anticoncepcionais da OMS.

Nenhuma morte ou complicação séria tem sido ligada à contracepção de emergência.³ A OMS classifica todas as mulheres como categoria 1 para contracepção de emergência com LNG, nos critérios de elegibilidade. O *U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* aponta especificamente que mulheres com gestação ectópica prévia, doença cardiovascular, enxaqueca, doença hepática e lactantes podem usar LNG.¹⁰ Pode, também, ser uma opção razoável, como método primário, para mulheres com coitos muito infrequentes e como suplemento para as usuárias de métodos de barreira ou comportamentais. O uso é feito somente quando necessário e é de fácil administração. É de controle total pela mulher. Tem plena reversibilidade e boa eficácia. Nessas situações, pode ser mais seguro do que os contraceptivos orais combinados, por não ter estrogênio e proporcionar uma menor dose hormonal total.

Não há dados sobre a segurança de uso repetitivo por longos períodos. Entretanto, experiências com regimes similares e altas doses de contraceptivos orais sugerem que o risco de dano grave, pelo menos com repetição moderada do uso, é baixo.¹⁰ Certamente o uso repetido é mais seguro do que uma gravidez indesejada, especialmente em pacientes com risco de recorrer a abortamento inseguro.

O DIU é seguro para a maioria das mulheres se for inserido por um profissional treinado e forem observadas as contra-indicações clássicas de inserção. É uma opção altamente eficaz que deve ser oferecida para pacientes que desejam uma contracepção de longo prazo.

Efeitos Adversos Comuns

Náusea, vômitos, dor abdominal, mastalgia, cefaléia, tonturas e fadiga são efeitos adversos que podem ocorrer com os métodos hormonais e geralmente cessam em 24 horas.

O LNG altera o padrão menstrual e pode encurtar o ciclo quando tomado na primeira fase. Um teste de gravidez deve ser feito três semanas após a tomada em mulheres que não tiveram um ciclo normal.³

A inserção do DIU pode ser desconfortável e pode ser oferecida analgesia se necessário. Irregularidades menstruais, como aumento de sangramento menstrual são comuns nos primeiros 3-6 meses após a inserção, mas usualmente diminuem com o tempo.

CONCLUSÃO

A contracepção de emergência deve ser encarada pelos médicos e pelas pacientes como uma última chance na prevenção de gestações não desejadas. É um recurso importante e com excelente potencial na redução destas gestações, frente a um cenário de elevada prevalência. Seu uso deve ser disponibilizado e incrementado.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Anticoncepção de Emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
2. World Health Organization. Emergency contraception. Fact sheet n. 244. Revised Oct. 2005. [atualizado 2012 jul]; [citado 2012 ago 29]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/index.html>
3. Prabakar I, Webb A. Emergency contraception. *BMJ*. 2012;344:e1492. DOI: 10.1136/bmj.e1492.
4. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG, et al. On the mechanisms of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*. 2001;64:227-34.
5. Okewole IA, Arowojolu AO, Odusoga OL, et al. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception*. 2007;75:372-7.
6. Trussell J, Ellertson C, Von Hertzen H, et al. Estimating the effectiveness of emergency contraceptive pills. *Contraception*. 2003; 67:259-65.
7. Glasier AF, Cameron ST, Fine PM, et al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis. *Lancet*. 2010;375(9714):555-62.
8. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, et al. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Human Reprod*. 2012; 27:1994-2000.
9. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation: effects on the probability of conception, survival of pregnancy and sex of the baby. *N Engl J Med*. 1995;333:1517-21.
10. Trussel J, Raymond EG. Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy. [Internet] 2012 abr [citado 2012 ago 25]:[31 telas]. Disponível em: <http://ec.princeton.edu/questions/ec-review.pdf>