

# PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS DE EMERGÊNCIA

Orientações médicas e de prestação  
de serviços

*Em colaboração com:*



## PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS DE EMERGÊNCIA

Orientações médicas e de prestação de serviços

Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE)

Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia Y Ginecología (FLASOG)

1ª edição em português

Abril 2015

O presente documento é fruto de um esforço conjunto do Consortio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE) e da Dirección Ejecutiva y el Comité de Derechos Sexuales y Reproductivos de la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología (FLASOG).

Permite-se a reprodução total ou parcial dos materiais aqui publicados, desde que os conteúdos não sejam alterados e sejam dados os créditos.

Esta publicação é possível graças à colaboração da Rede Brasileira de Promoção de Informação e Disponibilização da Contraceção de Emergência (REDE CE), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetricia (FEBRASGO), Associação de Obstetricia e Ginecologia do Estado de São Paulo (SOGESP), Sociedade Brasileira de Reprodução Humana (SBRH) e do International Consortium for Emergency Contraception (ICEC).



A tradução para a língua portuguesa foi gentilmente fornecida pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com apoio do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo, membros da Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contraceção de Emergência (REDE CE).



## Agradecimentos

O *International Consortium for Emergency Contraception* (ICEC) publicou, em 2012, a terceira edição de ***Emergency Contraception Pills: Medical and Service Delivery Guidelines***, que substituiu as duas primeiras edições publicadas em 2000 e 2004, respectivamente.

As diretrizes foram desenvolvidas e atualizadas com a ajuda das seguintes pessoas: Elizabeth Raymond, Elizabeth Westley, Diana Blithe, Dalia Brahmi, Sharon Cameron, Kelly Cleland, Francine Coeytaux, Daniel Davis, Donald Downing, Anibal Faundes, Mary Fjerstad, Angel Foster, Ian Fraser, Ann Furedi, Kristina Gemzell Danielsson, Anna Glasier, Sharif Hossain, Beth Jordan, Nathalie Kapp, Delphine Levy, Patricia A. Lohr, Caroline Moreau, Matthew Reeves, Ilka Rondinelli, Karen Shea, Jeffrey Spieler, John Townsend, Nguyen-Toan Tran, James Trussell, Paul Van Look e Helena von Hertzen. Suas diretrizes foram aprovadas pela Federação Internacional de Ginecologia e Obstetrícia (FIGO), cujos representantes participaram de sua revisão.

***Pílulas Anticoncepcionais de Emergência: Orientações médicas e de prestação de serviços*** que você tem em suas mãos, é a versão traduzida e adaptada para a América Latina região. O seu conteúdo foi traduzido para o espanhol e adaptado para melhor atender as necessidades da região, para a realidade dos serviços e da disponibilidade de medicamentos que podem ser usados como contracepção de emergência. Esse processo de adaptação foi realizado em cooperação entre ICEC e o Consórcio Latino-Americano de Anticoncepción de Emergencia (CLAE), com a supervisão técnica da Federação Latino-Americana de Sociedades de Obstetrícia e Ginecologia (FLASOG).

A tradução para o espanhol foi realizada pelo CLAE, com a ajuda de Soledad Sánchez e Soledad Diaz que conduziram a adaptação técnica. As seguintes pessoas contribuíram generosamente para a revisão do documento: Larissa Arroyo Navarrete, Luís Bahamonde, Vivian Brache, Pio Iván Gómez, Rosa Hernández, María Elena Ortiz, Cristina Puig Borrás, María Cristina Ramírez, Verónica Schiappacasse, Raffaella Schiavon, Luís Távora e Julio Zabala e com as colaborações da CEMICAMO, IPPF/WHO, ICIMER, IPAS, PROSalud, e Profamília.

A tradução e adaptação para a língua portuguesa, aqui apresentada, foi conduzida pela Rede Brasileira de Promoção de Informações e Disponibilização da Contracepção de Emergência (REDE CE) por Monique Paluan Carvalho Sanchez e supervisão e revisão de Dra. Ana Luiza Vilela Borges e Regina Figueiredo, com apoio da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo e da Pró-Reitoria de Cultura e Extensão Universitária da Universidade de São Paulo, Brasil. A revisão da versão em português foi realizada por Dr. Etelvino Trindade, Presidente da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e por Dr. Anibal Faundes.

Esperamos poder ajudá-los em seu trabalho, seja como profissionais de saúde, farmácia, gestão de programas, projeto de políticas públicas ou em ações de advocacy.

## Índice

Resumo clínico .....	6
1. Introdução.....	8
2. Indicações.....	8
3. Regimes de PAE.....	9
4. Mecanismo de ação.....	10
5. Eficácia contraceptiva .....	10
6. Efeitos colaterais.....	11
6.1 Alteração do padrão de sangramento vaginal.....	11
6.2 Náuseas e vômitos.....	12
6.3 Outros sintomas.....	12
7. Efeitos sobre uma gravidez.....	12
8. Precauções e contraindicações.....	12
9. Avaliação clínica.....	12
10. Tópicos especiais.....	13
10.1 Uso em adolescentes.....	13
10.2 Amamentação.....	13
10.3 Uso de PAE antes da relação sexual.....	13
10.4 Uso depois de mais de uma relação sexual sem proteção.....	13
10.5 Uso repetido.....	13
10.6 Usando PAE durante o “período infértil” .....	14
10.7 Interações com outros fármacos.....	14
10.8 Gravidez ectópica.....	14
11. Distribuição e entrega.....	14
11.1 Aconselhamento e educação em saúde.....	15
11.2 Locais de entrega de PAE.....	15
12. Entrega das PAEs.....	16
12.1 Seleção e entrega do método.....	16
12.2 Serviços adicionais opcionais.....	16
12.3 Monitoramento.....	16
13. Iniciar ou reiniciar o uso de contraceptivos regulares depois de usar PAE.....	17
14. Se a usuária engravida.....	17
REFERÊNCIAS.....	18

## Prefácio Brasileiro

O surgimento dos métodos anticoncepcionais modernos, de maior eficácia, trouxe a promessa de permitir que mulheres e casais pudessem, efetivamente, decidir sobre ter ou não ter filhos e quando tê-los. Sessenta anos mais tarde, ainda temos em torno de 85 milhões de gravidezes não-planejadas por ano no mundo, tanto por falta de informação e de acesso aos métodos modernos e eficazes, quanto porque nenhum método anticoncepcional está livre de falhas. Uma importante proporção dessas gravidezes não-planejadas é resultado de relações sexuais inesperadas, voluntárias ou impostas, e também de mal uso de métodos ou acidentes inesperados, como deslocamento ou ruptura de um condom, por exemplo.

Até poucos anos atrás, a grande maioria das pessoas não sabia o que fazer quando se encontrava nessa situação de saber-se exposta à gravidez não planejada após uma relação sexual não-protegida. A maior difusão da possibilidade de evitar a gestação após uma relação sexual potencialmente fecundante, por meio do que agora chamamos anticoncepção de emergência, permitiu, pela primeira vez, prevenir a gravidez depois do coito.

Infelizmente, ainda estamos longe do conhecimento e acesso universal à anticoncepção de emergência, que deveria estar facilmente acessível a toda mulher exposta a engravidar. É uma obrigação profissional e ética de todos os que atuamos no atendimento à mulher o de empreender todos os esforços para que toda mulher possa utilizar este meio de prevenir uma gravidez não desejada quando tiver necessidade dela.

Com a publicação das orientações médicas que estão nas suas mãos, agora contamos no Brasil com diretrizes claras sobre a administração da anticoncepção hormonal de emergência.

Este documento oferece recomendações claras, baseadas em evidências, para oferecer serviços de anticoncepção de emergência da mais alta qualidade possível. Confiamos que estas orientações médicas lhe sejam de utilidade, e ajudem a divulgar com melhores fundamentos o conhecimento sobre este método para, dessa forma, contribuir na promoção de sua ampla disponibilidade e uso no Brasil.

Dr. Anibal Faundes

## PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS DE EMERGÊNCIA: ORIENTAÇÕES MÉDICAS E DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

### Resumo clínico

**Indicação:** As Pílulas Anticoncepcionais de Emergência (PAE) são indicadas para prevenir a gravidez após uma relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida.

**Regimes de PAE:** Esta versão para a América Latina e Caribe das Orientações concentra-se, principalmente, em três regimes orais das PAEs:

**a) Regime de levonorgestrel:** uma pílula de levonorgestrel (LNG) de 1,5 mg ou duas doses de pílulas de LNG 0,75 mg (registrada para ser tomada com um intervalo de 12 horas, mas que podem ser tomadas juntas). Há produtos com estas duas formulações.

**b) Regime hormonal combinado (regime Yuzpe):** uma dose de 100 mcg (0,1 mg) de etinil estradiol mais 500 mcg (0,5 mg) de LNG, seguida de uma segunda dose idêntica após 12 horas. Não há produto específico, mas há produtos disponíveis que podem ser utilizados para compor esta formulação. Podem ser usados, para cada dose de regime Yuzpe, 4 pílulas contraceptivas orais combinadas contendo 30 mcg (0,03 mg) de etinil estradiol e 150 mcg (0,15 mg) de LNG. Podem também ser usados 5 pílulas contraceptivas orais combinadas, contendo 20 mcg (0,02 mg) de etinil estradiol e 100 mcg (0,10 mg) de LNG, ou ainda, 2 pílulas de 50 mcg (0,05 mg) de etinil estradiol e 250 mcg (0,25 mg) de LNG.

**c) Regime de acetato de ulipristal (UPA):** uma pílula de acetato de ulipristal de 30 mg. Desde 2009, há um produto específico comercializado com esta formulação.

Recomenda-se tomar qualquer um desses regimes tão logo seja possível até o 5º dia depois da relação sexual.

**Observação:** O regime de mifepristona (10-25 mg em dose única) não está registrado como PAE na América Latina e no Caribe.

**Como funcionam as PAEs:** O principal mecanismo de ação é a interferência na ovulação. Outros mecanismos têm sido postulados, mas não são comprovados por dados. Não há evidência para apoiar a teoria de que a PAE interfere com a implantação de um ovo fertilizado. PAEs não causam aborto se houver uma gravidez em curso.

**Eficácia das PAEs:** O regime de LNG reduz o risco de gravidez para, pelo menos, a metade e, possivelmente, até 80-90%, após a relação sexual desprotegida (taxa de gravidez: 1,1 a 2,2%). O regime UPA e com uso de mifepristona são mais eficazes do que de LNG (taxa de gravidez: 1,4% e 1,5%, respectivamente). O regime hormonal combinado (Yuzpe) é o menos eficaz de todos (taxa de gravidez: 3,2%).

**Segurança:** As PAEs não apresentam graves complicações médicas. Os efeitos colaterais podem incluir alteração no sangramento vaginal, náuseas, dor de cabeça, dor abdominal, inchaço, tonturas e fadiga. As PAEs não causam danos se tomadas inadvertidamente durante a gravidez.

**Precauções e contraindicações:** Não há contraindicações médicas para o uso das PAEs. Não se deve prescrever as PAEs para mulheres grávidas, pois elas não serão eficazes.

**Avaliação clínica:** Não há necessidade de exames clínicos ou de laboratório antes de tomar as PAE.

**Uso repetido de PAE:** As PAEs de LNG podem ser usadas quantas vezes forem necessárias, mas não é recomendado utilizá-las mais de uma vez em cada 24 horas, nos casos em que houve várias relações sexuais. O uso repetido de PAE de LNG é muito seguro. A fabricante das PAEs de UPA (de acetato de ulipristal) recomenda que este regime não seja usado mais do que uma vez em cada ciclo menstrual, embora não haja ainda evidência científica que apoie essa recomendação.

**Interações medicamentosas:** O uso concomitante de alguns medicamentos pode reduzir a eficácia das PAEs. No entanto, recomenda-se o uso de PAE igualmente quando a mulher está usando ou não outros medicamentos.

**Acompanhamento após o uso das PAEs:** Não há necessidade de marcar uma consulta após o uso de PAE. No entanto, se a mulher não teve nenhum sangramento menstrual dentro de 3 semanas depois de tomá-la, deve-se considerar a possibilidade de gravidez.

**Iniciar ou continuar o uso da contracepção regular após usar as PAEs:** As PAEs não foram desenvolvidas para fornecer proteção antecipada para relações sexuais que ocorram após seu uso. Para minimizar o risco de uma gravidez, é necessário que as mulheres usem um método contraceptivo regular depois de tomar PAE. As mulheres podem começar a usar métodos contraceptivos hormonais regulares (oral, adesivo, anel vaginal) imediatamente ou após a próxima menstruação. É razoável descartar qualquer possibilidade de uma gravidez antes de usar métodos hormonais de longa duração (injeções, implantes ou dispositivos intrauterinos - DIU - com LNG). Se a mulher for esperar a sua próxima menstruação antes de iniciar a contracepção hormonal regular, é recomendado o uso de um método de barreira, como o preservativo, durante este período. DIU de cobre oferece uma alta proteção como contraceptivo de emergência, de modo que não é necessário usar PAE se este tipo de DIU for inserido em até 5 dias após a relação sexual desprotegida. Métodos baseados no conhecimento do período fértil não são recomendados até que a mulher tenha, pelo menos, um ciclo menstrual normal.

## 1. INTRODUÇÃO

Embora existam métodos contraceptivos altamente eficazes, muitas gestações ocorrem sem serem planejadas ou não são desejadas. Estas gravidezes podem levar a um risco elevado de morbidade e mortalidade, especialmente em lugares onde não há acesso ao aborto seguro ou onde não há alta qualidade de serviços de atenção à saúde da mulher para aquelas que continuam a gravidez até o fim. Muitas dessas gestações não planejadas podem ser evitadas usando pílulas anticoncepcionais de emergência.

## 2. INDICAÇÕES

As pílulas anticoncepcionais de emergência (PAEs) são medicamentos tomados por via oral, que podem ser utilizadas para evitar a gravidez após a relação sexual não protegida ou com proteção inadequada. As PAEs também são conhecidas como “contracepção de emergência”, “anticoncepção de emergência” e “anticoncepção oral pós-relação sexual” e, mais popularmente, como “pílula do dia seguinte”. Este último termo é incorreto, uma vez que as PAEs podem ser usadas não apenas um dia após, mas até 5 dias após a relação sexual desprotegida, além de poderem ser utilizadas nas horas seguintes à relação sexual desprotegida, sem ter que esperar até o dia seguinte.

As PAEs são particularmente adequadas para casos de relações sexuais não consensuais (estupro) se a mulher não estava protegida por um método contraceptivo eficaz.

<b>Método</b>	<b>A mulher deve considerar o uso das PAEs após a relação sexual se ...</b>
<b>Anticoncepcionais orais, adesivo contraceptivo, anel vaginal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• começou o uso em dia do ciclo menstrual posterior ao indicado nas instruções.</li> <li>• não usou o método de forma consistente durante o ciclo menstrual, de acordo com as instruções.</li> <li>• usou medicamentos que podem ter reduzido a eficácia do método.</li> </ul>
<b>Injetáveis (combinados ou só de progesterona)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• começou o uso em dia do ciclo menstrual posterior ao indicado nas instruções.</li> <li>• o período de proteção contraceptiva da última injeção terminou antes da relação sexual.</li> </ul>
<b>Implantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o período de proteção contraceptiva do implante terminou antes da relação sexual.</li> </ul>
<b>Dispositivo Intrauterino (DIU)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o dispositivo tenha sido expulso.</li> <li>• não conseguir sentir ou palpar o fio de náilon do DIU.</li> <li>• o período de proteção contraceptiva do DIU terminou antes da relação sexual.</li> </ul>
<b>Preservativos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o preservativo rompeu, se moveu ou foi usado incorretamente.</li> </ul>
<b>Diafragma ou capa cervical</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o diafragma tiver se movido ou sido removido antes ou durante a relação sexual.</li> <li>• o diafragma tiver se movido ou sido removido após a relação sexual, mas antes do tempo indicado em suas instruções.</li> </ul>
<b>Espermicida</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• o espermicida não foi aplicado antes da relação sexual como indicado nas instruções.</li> <li>• o tablete espermicida ou filme com espermicida não derreteram antes da relação sexual.</li> </ul>
<b>Métodos baseados no conhecimento da fertilidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• estava no período fértil quando teve relações sexuais.</li> <li>• não tiver certeza se estava ou não no período fértil quando teve relações sexuais.</li> </ul>
<b>Coito interrompido</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• a ejaculação ocorreu na vagina ou na genitália externa.</li> </ul>

As PAEs também são indicadas quando:

- não se usou um contraceptivo;
- o método contraceptivo foi usado incorretamente;
- apesar de ter sido usado um método contraceptivo corretamente, houve um problema com o mesmo (por exemplo, a ruptura do preservativo).

A seguir, estão alguns exemplos de situações comuns em que uma mulher que usa regularmente um método contraceptivo pode precisar das PAEs.

O quadro deve vir aqui. Uma vez que há dificuldades em determinar o risco de gravidez em uma situação específica, e considerando as graves consequências da gravidez inoportuna ou indesejada, uma mulher que não quer engravidar deve avaliar a possibilidade de tomar as PAEs depois de qualquer relacionamento em que a proteção contraceptiva não foi razoavelmente segura.

### 3. REGIMES DE PAE

Essas diretrizes concentram-se, principalmente, em três regimes orais de PAEs: um contendo o progestogênio sintético LNG, uma combinação de hormônios conhecida como regime de Yuzpe (etinilestradiol e LNG), e outro contendo o modulador de progesterona de acetato de ulipristal (UPA).

- Regime de LNG: uma pílula de LNG de 1,5 mg ou duas doses de pílulas de LNG 0,75 mg (registrada para ser tomada com um intervalo de 12 horas, mas que podem ser tomadas juntas). Há produtos com estas duas formulações.
- Regime hormonal combinado (regime Yuzpe): uma dose de 100 mcg (0,1 mg) de etinil estradiol mais 500 mcg (0,5 mg) de LNG, seguida de uma segunda dose idêntica após 12 horas. Não há produto específico, mas há produtos disponíveis que podem ser utilizados para compor esta formulação. Podem ser usadas, para cada dose de regime Yuzpe, 4 pílulas contraceptivas orais combinadas contendo 30 mcg (0,03 mg) de etinil estradiol e 150 mcg (0,15 mg) de LNG. Podem também ser usadas 5 pílulas contraceptivas orais combinadas, contendo 20 mcg (0,02 mg) de etinil estradiol e 100 mcg (0,10 mg) de LNG, ou ainda, 2 pílulas de 50 mcg (0,05mg) de etinil estradiol e 250 mcg (0,25 mg) de LNG.
- Regime de acetato de ulipristal (UPA): uma pílula de acetato de ulipristal de 30 mg. Desde 2009, há um produto específico comercializado com esta formulação.

O regime de LNG pode ser eficaz durante pelo menos 4 dias após a relação sexual<sup>1-5</sup> e, possivelmente, até 5 dias. O regime hormonal combinado é eficaz até 3 dias após relação sexual e, possivelmente, até 5 dias<sup>5-7</sup>. O regime UPA, de ulipristal, pode ser eficaz durante 5 dias após a relação sexual<sup>8,9</sup>. É prudente e altamente recomendável tomar qualquer um destes regimes o mais rapidamente possível dentro desses períodos de tempo.

Os regimes de LNG e de ulipristal são vendidos – como produtos específicos – com embalagem e rótulos especificamente para contracepção de emergência. Os produtos à base de LNG estão atualmente disponíveis na maioria dos países do mundo. O regime hormonal combinado não é comercializado para ser usado como contracepção de emergência em qualquer país (não existe um produto específico), mas pode ser obtido nas doses descritas a partir de muitas marcas de pílulas contraceptivas orais amplamente disponíveis em farmácias e serviços de saúde. Este regime pode ser útil em locais onde nenhum dos regimes específicos de contracepção de emergência está disponível. Todos os produtos de PAE com acetato de ulipristal são produzidos pelo mesmo fabricante. Estes produtos foram comercializados pela primeira vez na Europa em 2009, nos EUA em 2010, e estão agora disponíveis em alguns outros países.

Estas diretrizes não abordam o uso do dispositivo intrauterino (DIU) com cobre como contraceptivo de emergência, embora este dispositivo seja a opção mais eficaz para contracepção de emergência

e deveria ser oferecido às mulheres quando apropriado. O regime de mifepristona (10-25 mg em dose única<sup>1,2-10</sup>) não está registrado como PAE na América Latina e no Caribe.

Os sites [www.emergencycontraception.org](http://www.emergencycontraception.org) e [www.not-2-late.com](http://www.not-2-late.com) apresentam os produtos comerciais e regimes de PAE por país, em inglês. Os sites abaixo apresentam informações sobre contracepção de emergência em espanhol e português:

- [www.redece.org](http://www.redece.org)
- [www.clae-la.org](http://www.clae-la.org)
- [www.anticoncepciondeemergencia.cl](http://www.anticoncepciondeemergencia.cl)
- [www.icmer.org](http://www.icmer.org)
- [www.prosaludchile.org](http://www.prosaludchile.org)
- [http://sec.es/descargas/PS\\_Anticoncepcion\\_de\\_urgencia.pdf](http://sec.es/descargas/PS_Anticoncepcion_de_urgencia.pdf)

## 4. MECANISMO DE AÇÃO

O principal mecanismo de ação documentado para os regimes de LNG, hormônios combinados e acetato de ulipristal é a interferência no processo de ovulação<sup>11-20</sup>. Se tomado antes do pico pré-ovulatório de hormônio luteinizante (LH), o LNG tem poder de inibir que ocorra o pico de LH, impedindo o desenvolvimento folicular e a maturação e/ou liberação do óvulo<sup>16-20</sup>. Tem sido observado que o acetato de ulipristal é mais eficaz na prevenção da ovulação, porque pode atuar ainda que o pico de LH já tenha se iniciado, atrasando a ruptura do folículo em pelo menos 5 dias. Nenhum deles impede a ruptura folicular se são tomados no momento de pico do LH<sup>21</sup>.

Estes regimes não impedem a implantação de um ovo fecundado no útero, como observado em vários estudos<sup>22-26</sup>. Dois estudos examinaram o efeito das PAEs de LNG que determinam o dia do ciclo em que foram administradas por meio de análises hormonais (outros estudos utilizaram dia do ciclo relatado pelas próprias mulheres). Nestes estudos, não ocorreram gravidezes em mulheres que usaram as PAEs antes da ovulação, enquanto houve gravidez em mulheres que as tomaram no dia da ovulação ou após esta já ter ocorrido. Isso mostra que as PAEs não impediram a implantação<sup>27-28</sup>. Outro estudo mostrou que o LNG não impediu que embriões humanos se aderissem à cultura de células do endométrio (in vitro)<sup>29</sup>. Estudos realizados em animais demonstraram que o uso das PAEs de LNG não impedem a implantação do óvulo fecundado no endométrio<sup>30-31</sup>.

Outros mecanismos têm sido descritos, como o espessamento do muco cervical, que provoca a retenção dos espermatozoides no colo do útero e alterações no transporte dos espermatozoides ou óvulo nas trompas<sup>32-36</sup>.

O regime de LNG não tem efeito algum sobre uma gravidez em curso e não aumenta as taxas de aborto espontâneo, se tomado após a implantação<sup>37-38</sup>. Os dados preliminares de uso de PAE a base de ulipristal (UPA) não mostram efeito sobre a gravidez em curso.

## 5. EFICÁCIA CONTRACEPTIVA

O primeiro estudo multicêntrico comparativo feito pela Organização Mundial de Saúde (OMS) estimou que, quando as PAEs são usadas dentro as 72 horas após a relação sexual desprotegida, a taxa de gravidez é de 1,1% para PAEs de LNG (11 de 976 mulheres que o usaram)<sup>2</sup>. Doze estudos sobre o regime de LNG que incluíram um total de mais de 13.500 mulheres concluíram que este regime reduziu a probabilidade de gravidez após uma relação sexual entre 52% e 100%<sup>1-4,8,39-45</sup>. A análise rigorosa dos dados de dois ensaios clínicos randomizados mostrou que o regime LNG reduz o risco absoluto de gravidez após uma relação sexual desprotegida em pelo menos 49% (IC 95%: 17-69%)<sup>46</sup>.

Alguns dados sugerem que a eficácia do regime de LNG diminui com o tempo transcorrido desde a relação sexual<sup>3,47</sup>. Uma análise que combinou os dados de quatro grandes ensaios clínicos não

encontrou uma redução significativa na eficácia deste regime durante os primeiros 4 dias após a relação sexual, sendo a taxa de gravidez entre 0,7% e 1,6% nestes dias. Nesta análise, o regime parece ter pouca ou nenhuma eficácia se tomado no quinto dia, sendo a taxa de gravidez de <sup>5,2</sup>.

Vários estudos verificaram que, tanto a eficácia como os efeitos colaterais do regime de LNG são equivalentes quando tomado em dose única de 1,5 mg ou em duas doses 0,75 mg separadas por 12 ou 24 horas de diferença<sup>4,39,40</sup>.

O regime hormonal combinado (Yuzpe) é o menos eficaz dos quatro regimes de PAEs<sup>5</sup>. O primeiro estudo multicêntrico comparativo da OMS estimou que, quando as PAEs são utilizadas dentro de 72 horas, a taxa de gravidez é de 3,2% (31 de 979 mulheres) para o regime de Yuzpe. Este estudo comparativo verificou que o regime Yuzpe evitou 57% das gestações, sendo menos eficaz do que o regime de LNG que, neste estudo, evitou 85% das gravidezes<sup>2</sup>. Uma revisão de vários estudos estimou que o método de Yuzpe reduziria o risco de gravidez em cerca de 74,1% (IC95%: 62,9-79,2%)<sup>6</sup>. A eficácia do regime Yuzpe também diminui com o tempo decorrido transcorrido desde a relação sexual<sup>13,44</sup>.

Dois estudos randomizados demonstraram que o regime acetato de ulipristal é, ao menos, igualmente eficaz que o regime de LNG quando usado no prazo de 72 horas após a relação sexual<sup>8,43</sup>. Uma análise que combinou os resultados desses ensaios clínicos sugeriu que o regime de acetato de ulipristal é mais eficaz que o LNG até 5 dias após a relação sexual (taxa de gravidez 1,3% vs 2,2%)<sup>8</sup>. Não se observou diminuição da eficácia do regime de UPA dentro do prazo de cinco dias após a relação sexual.

Independentemente do regime de PAE utilizado, o risco de uma gravidez é substancialmente maior entre mulheres que voltam a manter relações sexuais sem proteção durante o mesmo ciclo menstrual, do que entre as que não fazem isso.

Alguns dados da Europa e América do Norte sugerem que o regime de LNG pode ser menos eficaz em mulheres obesas do que em mulheres eutróficas<sup>8</sup>. Ainda não está claro se ocorre o mesmo para o regime de ulipristal. A utilização de doses mais elevadas destes dois regimes em mulheres obesas não foi estudada e não é recomendada.

Enquanto as PAEs são eficazes na redução do risco de gravidez após a relação sexual desprotegida, não se conseguiu demonstrar que o aumento da disponibilidade deste método a nível populacional reduz a incidência de gravidez não planejada ou de aborto<sup>48-49</sup>. Provavelmente, a razão para essa aparente discrepância é, ao menos em parte, porque as mulheres não usam as PAEs depois de todas as relações sexuais desprotegidas, mesmo quando têm acesso imediato a elas. Além disso, um estudo sugeriu que o acesso fácil pode incentivar algumas mulheres a usar a PAE no lugar de outros métodos contraceptivos mais efetivos<sup>50</sup>. Sendo a gravidez indesejada um problema de saúde pública, requer uma abordagem multidimensional, no qual o acesso e distribuição de PAEs é apenas um aspecto.

## 6. EFEITOS COLATERAIS

As PAEs são extremamente seguras. Nenhuma relação causal foi estabelecida entre qualquer morte ou complicações graves com uso de algum regime de PAEs. A seguir, são descritos os efeitos secundários que não são relevantes do ponto de vista clínico, mas podem ser problemáticos para algumas usuárias.

### 6.1 Alteração do padrão de sangramento vaginal

A maioria das mulheres que usou PAEs tem o seu próximo ciclo menstrual dentro de um intervalo de 7 dias ao redor da data prevista. Tem sido relatado que a menstruação adianta, em média, 1 dia em relação ao esperado depois de usado o regime de LNG e atrasa uma média de 2 dias quando há uso de ulipristal. Em ensaios clínicos com acetato de ulipristal, cerca de 24% das mulheres relataram um atraso de mais de 7 dias<sup>8</sup>. Algumas mulheres apresentam sangramento irregular depois de tomar

PAEs<sup>51-52</sup>. A proporção de mulheres que relatam esses efeitos colaterais varia de um estudo para outro. As alterações no padrão de sangramento devido à utilização de PAE não são perigosos e se normalizam sem a necessidade de tratamento.

### 6.2 Náuseas e vômitos

Náuseas, raramente acompanhada de vômitos, ocorrem em menos de 20% das mulheres que usam regime de LNG<sup>2,4</sup> e em cerca de 12% das mulheres que usam regime de ulipristal<sup>8,9</sup>. Estes sintomas são tão pouco frequentes que não se considera necessário administrar anti-eméticos profiláticos antes da utilização destes regimes. Mulheres que usam pílulas hormonais combinadas como PAE podem sentir náuseas ou vômitos em 50,5% e 18,8 % dos casos, respectivamente<sup>2</sup>. Se ocorrer vômito dentro de duas a três horas depois de tomar a dose de PAE, alguns especialistas recomendam repetir o uso da dose<sup>53</sup>.

### 6.3 Outros sintomas

Outros sintomas que podem ocorrer em usuárias de PAE incluem dor de cabeça, dor abdominal, sensibilidade nas mamas, tonturas ou fadiga. Estes efeitos secundários normalmente não duram mais de alguns dias após o uso da PAE e costumam desaparecer dentro de 24 horas.

## 7. EFEITOS SOBRE UMA GRAVIDEZ

Estudos realizados com mulheres que engravidaram, apesar do uso do regime de LNG ou que o utilizaram sem perceber que já estavam grávidas, indicam que este regime não prejudica a grávida ou o feto. Especificamente, não aumenta as taxas de aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, malformações congênitas ou complicações na gravidez<sup>37-38</sup>. De acordo com o fabricante de PAE de ulipristal, até o momento poucas gestações foram relatadas após o seu uso, não tendo sido observadas complicações.

## 8. PRECAUÇÕES E CONTRAINDICAÇÕES

As PAEs não são perigosas sob quaisquer circunstâncias conhecidas, mesmo em mulheres com condição médica especial. Por ser de uso ocasional, não se aplicam às PAEs contra-indicações conhecidas para os contraceptivos orais (categorias 3 e 4 dos *Critérios Médicos de Elegibilidade para uso de Anticoncepcionais da Organização Mundial de Saúde*). Especificamente, as seguintes condições **não são** contra-indicações para o uso de PAEs: baixa idade, obesidade, história pessoal ou familiar de doença tromboembólica venosa, câncer de mama prévio ou em curso, histórico de gravidez ectópica, lactação, enxaqueca, doença cardiovascular, doença hepática, diabetes, hipertensão e uso anterior de PAE no mesmo ciclo menstrual<sup>54</sup>.

As PAEs não são indicadas para uma mulher que tem uma gravidez confirmada porque não oferece nenhum benefício. No entanto, caso ainda não tenha sido determinado ou caso não esteja claro que a mulher está grávida, as PAEs podem ser utilizadas, uma vez que não há nenhuma evidência de possibilidade que possa sugerir danos ao embrião em desenvolvimento.

## 9. AVALIAÇÃO CLÍNICA

Não é necessária uma avaliação clínica ou de profissional de saúde antes de usar as PAEs, pois são seguras para todas as mulheres, que podem determinar por si mesmas se tiveram relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida. Tampouco é necessária a realização de exames, como os testes de gravidez, avaliação de pressão arterial, exames laboratoriais ou exame pélvico.

## 10. TÓPICOS ESPECIAIS

### 10.1 Uso em adolescentes

O acesso de adolescentes às PAEs não deve ser restringido por razões clínicas ou programáticas. As PAE são seguras para todas as mulheres, independentemente da idade. As adolescentes não apresentam taxas maiores de efeitos secundários<sup>55</sup> e são capazes de compreender os folhetos informativos e outras instruções sobre o uso do método<sup>56</sup>.

### 10.2 Amamentação

Uma mulher que tenha tido parto há menos de seis meses, que esteja amamentando exclusivamente e não tenha tido menstruação desde o parto, tem pouca probabilidade de estar ovulando e, portanto, é pouco provável que necessite de PAEs. No entanto, uma mulher que não atenda a todos estes três critérios pode estar em risco de gravidez. O regime de PAE de LNG não é contraindicado durante a amamentação. Um estudo mostrou que o LNG é excretado no leite materno nas primeiras horas após seu uso e recomendou que as mães devem alimentar seu bebê antes de usar o método e, em seguida ao uso, retirar e desprezar o leite pelo menos nas próximas 8 horas após o uso da PAE, mas não mais do que 24 horas<sup>57</sup>. O acetato de ulipristal é excretado no leite humano. Seu efeito no recém-nascido ou em crianças ainda não foi estudado. Um risco para criança que é amamentada não pode ser excluído. A amamentação não é recomendada por uma semana após a ingestão de pílulas com acetato de ulipristal. Durante este período, é recomendada a extração do leite materno para estimular a lactação e posterior descarte<sup>53</sup>.

### 10.3 Uso de PAE antes da relação sexual

Não há dados disponíveis em relação a quanto tempo permanece o efeito contraceptivo da PAE após seu uso. Presume-se que, se tomada imediatamente antes da relação sexual, a PAE seria igualmente eficaz se tomada imediatamente após a relação sexual. No entanto, se uma mulher tem a oportunidade de planejar o uso de um método anticoncepcional antes da relação sexual, é recomendável que use um método alternativo às PAEs, como um preservativo ou outro método de barreira.

### 10.4. Uso depois de mais de uma relação sexual sem proteção

As mulheres devem tentar usar as PAEs o mais rapidamente possível após a relação sexual desprotegida. Não se recomenda esperar ter tido várias relações para usá-las. No entanto, a mulher não deve deixar de usar as PAEs só porque teve várias relações sexuais, embora deva estar ciente de que a eficácia da PAE pode ser limitada se a primeira relação sexual desprotegida tiver ocorrido há mais que 4 ou 5 dias. A mulher deve usar um só tratamento de PAE, independentemente do número de relações sexuais desprotegidas que tenha tido.

### 10.5. Uso repetido

As PAEs não devem ser usadas deliberadamente de forma repetida nem como contracepção de rotina ou de uso regular. Para as mulheres que não desejam engravidar no futuro, é aconselhável que, depois de usar as PAEs, iniciem ou retornem ao uso regular de um método contraceptivo estabelecido. Não há dados específicos disponíveis sobre a eficácia contraceptiva ou segurança do uso frequente dos regimes atuais de PAEs. No entanto, pelo menos 10 estudos confirmaram que 0,75 mg de LNG administrados várias vezes por ciclo não causam efeitos secundários graves. O efeito colateral mais comum foi hemorragia irregular<sup>58</sup>. Estes dados fornecem garantia de que as mulheres podem usar com segurança o regime de LNG todas as vezes ou com a frequência necessária. Alguns especialistas recomendam que não se utilize mais de uma dose num período de 24 horas<sup>53</sup>. O fabricante de PAE de ulipristal recomenda que o produto não deve ser usado mais de uma vez em cada ciclo, embora não haja evidência que respalde esta recomendação. Desconhece-se se a eficácia do regime de LNG é reduzida pelo uso recente ou posterior de PAE de ulipristal - que é um modulador do receptor de progesterona. Portanto, se uma mulher usou recentemente o regime de LNG e volta a ter necessidade de

concepção de emergência, provavelmente deve utilizar novamente o regime de LNG. Se uma mulher tiver usado recentemente o regime ulipristal e necessita de concepção de emergência pela segunda vez, deve avaliar a aceitação do DIU de cobre. Se esta alternativa não é aceitável para ela, é inadequada ou indisponível, nenhuma informação está disponível para guiá-la em relação ao regime de PAE que deve usar. Ressalte-se que o uso repetido de PAE é mais seguro do que a gravidez não planejada ou não desejada.

### **10.6. Usando PAE durante o “período infértil”**

Estudos têm mostrado que a fecundação pode ocorrer a partir de uma relação sexual apenas durante um intervalo de cinco dias antes e um dia após a ovulação<sup>54</sup>. Teoricamente, as PAEs não seriam necessárias se houve relação sexual sem proteção durante outros momentos do ciclo, porque a probabilidade de gravidez seria nula, mesmo sem a PAE. No entanto, na prática, determinar se uma relação sexual específica ocorreu em dia fértil ou infértil do ciclo menstrual é, muitas vezes, impossível. Portanto, as mulheres não devem deixar de usar as PAEs por suporem que uma relação sexual específica ocorreu num dia não fértil.

### **10.7. Interações com outros fármacos**

Nenhuma informação específica está disponível sobre as interações de PAEs com outros fármacos. No entanto, parece razoável supor que as interações de outros medicamentos com o regime de LNG e regime hormonal combinado poderia ser similar às interações com pílulas anticoncepcionais orais de uso diário regular. Assim, a eficácia deste regime pode ser reduzida pelo uso simultâneo de fármacos que podem diminuir a eficácia dos contraceptivos orais (incluindo, mas não limitado à rifampicina, alguns anticonvulsivantes e alguns medicamentos antiretrovirais)<sup>54</sup>.

A embalagem de PAE do regime de ulipristal inclui uma lista de interações potenciais com esses mesmos fármacos, acrescentando, ainda, a bosentana e outros medicamentos para tratar a acidez estomacal ou úlceras (por exemplo, omeprazol).

As mulheres que estão usando esses fármacos, ou os utilizaram no mês anterior, e necessitam usar a concepção de emergência, devem avaliar a possibilidade de usar o DIU de cobre. Caso escolham o regime de LNG, alguns especialistas recomendam usar o dobro da dose (3 mg de LNG)<sup>53</sup>. O fabricante de PAE de ulipristal não recomenda alteração da dose na escolha desse regime.

Como o ulipristal é um modulador do receptor de progesterona, poderia – teoricamente – diminuir a eficácia de outros contraceptivos hormonais contendo progestina. No entanto, não há dados disponíveis nesta área.

### **10.8. Gravidez ectópica**

Todos os métodos contraceptivos reduzem o risco absoluto de gravidez ectópica ao evitar a gravidez em geral. Uma revisão sistemática da literatura em todo o mundo verificou que 1% das gravidezes que ocorreram após o uso de PAE com regime de LNG e 0,6% das gestações após o uso de PAE de mifepristone, foram gravidezes ectópicas. Estes dados são compatíveis com o risco de gravidez ectópica em gravidezes que não estiveram expostas às PAEs. Portanto, a revisão concluiu que nenhum dos dois regimes aumenta a probabilidade de ocorrência de uma gravidez ectópica<sup>60</sup>.

## **11. DISTRIBUIÇÃO E ENTREGA**

Devido ao curto espaço de tempo em que as PAEs são eficazes, os serviços e os profissionais de saúde devem considerar aspectos específicos para garantir que as mulheres possam se beneficiar ao máximo das PAEs.

### 11.1 Aconselhamento e educação em saúde

É necessário empreender esforços para que todas as mulheres e homens estejam informados sobre as PAEs antes que vivenciam situações em que seja necessário usá-las. Algumas mensagens-chave são:

- Uma mulher que não deseja engravidar deve avaliar a possibilidade de utilizar PAEs sempre que tiver uma relação sexual sem adequada proteção anticoncepcional.
- Ela deve tentar obter e usar a PAE o mais rápido possível.
- As PAEs não são recomendadas para uso como contraceptivo de uso regular. Para este fim, recomenda-se usar um método contraceptivo de uso contínuo.

Além disso, toda mulher deve saber onde e como obter PAE em sua comunidade, bairro ou cidade.

Para torná-las disponíveis a qualquer hora que precisar delas, as mulheres podem considerar a possibilidade de obter PAEs de forma antecipada.

Os profissionais e serviços de saúde podem disseminar estas mensagens por meio de diversas estratégias, tais como:

- Informar rotineiramente para mulheres e homens sobre as PAEs em todas as visitas a unidades de saúde, farmácias, clínicas e outros estabelecimentos de saúde.
- Informar sobre as PAEs às mulheres que vivenciaram abortamentos.
- Incluir informações sobre as PAEs em sites e em serviços de atendimento telefônico de farmácias, unidades de saúde, clínicas e outros estabelecimentos de saúde.
- Distribuir informações sobre as PAEs junto com outros métodos anticoncepcionais ou medicações.
- Fornecer informações sobre as PAEs em programas de educação em saúde em escolas e outros centros educacionais, centros de juventude ou outros lugares.
- Realizar campanhas de informação e publicidade sobre produtos e serviços de PAEs nos meios de comunicação.

### 11.2 Locais de entrega de PAE

Para facilitar o acesso às PAEs, estas devem estar disponíveis para uso rápido. As PAEs podem ser vendidas sem receita médica, como ocorre em muitos países, pois não necessita qualquer avaliação clínica e as mulheres podem decidir por si mesmas se precisam ou não de seu uso. No entanto, se as mulheres têm dificuldade em obter PAEs pela requisição de receita médica, ou por algum outro motivo, pode-se utilizar as seguintes abordagens para garantir que obtenham e usem este medicamento rapidamente:

- Entregar uma receita ou fornecer o produto de forma antecipada.
- Realizar prescrição por telefone, sem necessidade de ver a mulher.
- Permitir que outros profissionais de saúde, como enfermeiros, obstetrias e farmacêuticos possam entregar as PAEs.
- Certificar-se de que todas as pessoas que frequentam ou fornecem aconselhamento para mulheres em situação de violência sexual ofereçam as PAEs como um procedimento de rotina.
- Fornecer as PAEs em contextos diferentes do setor saúde, tais como escolas e equipamentos de serviços sociais, entre outros.

**No Brasil, em 2011, o Ministério da Saúde reeditou publicação específica sobre o método (*Anticoncepção de emergência: perguntas e respostas para profissionais de saúde*), esclarecendo seu mecanismo de ação, importância, posologia, indicações e dúvidas com relação ao seu efeito não abortivo, procurando incentivar sua prescrição e orientação pelos profissionais de saúde<sup>55</sup>. Em 2012, emitiu um novo protocolo (*Protocolo para Utilização do Levonorgestrel na Anticoncepção Hormonal de Emergência*) em que não é mais exigida prescrição médica para a dispensação das PAEs no âmbito da atenção básica à saúde, podendo ser disponibilizadas por enfermeiros(as)<sup>56</sup>.**

## 12. ENTREGA DAS PAES

Muitas mulheres que usam as PAEs realizam sua compra sem receita médica e, portanto, não receberam informações de um profissional de saúde. No entanto, caso o profissional de saúde esteja disponível, as seguintes diretrizes podem ser úteis.

### 12.1. Seleção e entrega do método

- O DIU com cobre é a contracepção de emergência mais eficaz e tem a vantagem de prover contracepção contínua por 10 anos. Portanto, avalie a possibilidade de oferecer este método como alternativa às PAEs caso o DIU esteja disponível imediatamente e a mulher esteja apta a usá-lo do ponto de vista clínico.
- Se a mulher optar por usar as PAEs e caso o regime de LNG, hormonal combinado ou de ulipristal estiverem disponíveis imediatamente, informe-a que o regime de ulipristal seria mais eficaz, especialmente se o uso for feito 4 ou 5 dias após a relação sexual desprotegida; e que o regime de LNG é mais eficaz que o regime hormonal combinado. Este último só deve ser utilizado quando outros regimes não estão disponíveis. No entanto, se apenas um desses produtos estiver disponível, a usuária deve considerar a possibilidade de usar este produto ao invés de adiar o uso com o objetivo de obter um produto alternativo.
- Se o regime escolhido de PAE for de LNG e o produto específico disponível contiver 2 comprimidos de 0,75 mg de LNG, aconselhar a mulher a tomar os 2 comprimidos juntos (ao invés de tomá-los em intervalos de 12 horas como recomenda a bula). Tomar os 2 comprimidos juntos não reduz a eficácia nem aumenta os efeitos secundários, mas é mais conveniente e reduz a possibilidade de esquecimento ou perda da segunda dose.
- Se possível, forneça as PAEs solicitadas e recomende que a mulher as tome imediatamente. Se o regime hormonal combinado for o único disponível, recomendar a utilização da primeira dose imediatamente e indicar quando utilizar a segunda dose. Como alternativa, entregue uma prescrição e instruções sobre onde obter o produto disponível na sua comunidade, bairro ou cidade.
- Diga à usuária que, se não menstruar dentro de 3 semanas após o uso do(s) comprimido(s), considerar a possibilidade de estar grávida e procurar avaliação e assistência adequadas, consultando um profissional de saúde.

### 12.2 . Serviços adicionais opcionais

Não há procedimentos adicionais necessários, mas a usuária deve ser orientada aos seguintes procedimentos, caso haja necessidade:

- Entrega de um método contraceptivo regular (ver Seção 13);
- Teste de gravidez;
- Testes, profilaxia ou tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. (Informar a mulher que estes testes não necessariamente permitem o diagnóstico de infecções muito recentes, especialmente infecções que foram contraídas na última relação sexual desprotegida. Se ela está preocupada com este problema, sugira que faça o teste novamente após intervalo de tempo adequado).

As mulheres que não quiserem esses serviços adicionais, **não devem ser** privadas das PAEs.

### 12.3 Monitoramento

Não é necessário nenhum monitoramento programado após o uso das PAEs, a menos que a usuária identifique um problema ou tenha dúvidas. No entanto, deve ser encorajada a procurar serviços de saúde posteriormente, se ocorrer qualquer das seguintes situações:

- Necessidade de contracepção regular contínua ou desejo de mudar o método contraceptivo.
- Se não houver menstruação após 3 semanas de uso das PAEs, pois isso pode ser um sinal de gravidez.

- Se houver sangramento irregular com dor no abdome inferior poucos dias depois de tomar PAE, pois estes podem ser sintomas de uma gravidez ectópica.
- Se necessitar de uma avaliação de infecções sexualmente transmissíveis.
- Se houver necessidade de apoio e/ou tratamento por ocorrência de violência sexual.
- Se houver outros problemas de saúde.

### 13. INICIAR OU REINICIAR O USO DE CONTRACEPTIVOS REGULARES DEPOIS DE USAR PAE

As PAEs não fornecem proteção anticonceptiva para relações sexuais que ocorrem após seu uso. Portanto, após o uso de PAE, a mulher deve escolher um outro método contraceptivo que possa usar antes de iniciar a atividade sexual. A tabela a seguir indica quando uma mulher pode iniciar um método contraceptivo após usar as PAEs.

Método anticonceptivo escolhido	Quando iniciar:
Preservativos masculinos ou femininos ou outros métodos de barreira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar o uso do método imediatamente na próxima relação sexual.</li> </ul>
Métodos hormonais: pílulas orais, adesivo contraceptivo, anel vaginal, injetáveis, implantes, Dispositivo Intrauterino com LNG.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar o uso de pílulas, adesivos ou anéis contraceptivos de imediato, ou seja, no mesmo dia em que as PAEs foram usadas ou no dia seguinte. É preciso usar um método de barreira por 7 dias após o uso de PAE de LNG, ou durante 14 dias após o uso do regime de ulipristal. Melhor, utilizá-los após o início do próximo ciclo menstrual, mas com uso concomitante de um método de barreira no intervalo.</li> <li>• Antes do uso de métodos hormonais injetáveis, inserção de implantes ou DIU com LNG, é aconselhável realizar um teste de gravidez para excluir a possibilidade de gravidez pré-existente, por razões práticas ou custo (não por razões de segurança). Estes métodos contraceptivos de longa duração devem ser iniciados quando se estiver certo que não existe gravidez.</li> </ul>
Dispositivo Intrauterino de Cobre	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O DIU de cobre inserido dentro de 5 dias após a relação sexual fornece contracepção de emergência altamente eficaz. Assim, não requer uso de PAE oral se for inserido durante este período de tempo.</li> <li>• Se uma mulher quiser o DIU de cobre em um período superior a 5 dias após ter usado PAE, ele pode ser inserido após o início do ciclo menstrual seguinte.</li> </ul>
Métodos tradicionais baseados na percepção da fertilidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar após o primeiro ciclo menstrual normal após o uso de PAE. Note-se que o primeiro episódio de sangramento depois de tomar as PAEs pode não ser um ciclo menstrual “normal”.</li> <li>• Usar um método de barreira até o primeiro ciclo menstrual normal.</li> </ul>
Esterilização feminina ou masculina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o procedimento de esterilização feminina depois do início do ciclo menstrual após o uso de PAE.</li> <li>• Usar um método de barreira até que seja realizada a esterilização feminina ou até que se torne eficaz a esterilização masculina.</li> </ul>

### 14. SE A USUÁRIA ENGRAVIDAR

Depois de usar as PAEs, a gravidez ainda pode ocorrer, seja porque as PAEs falharam, porque a mulher já estava grávida antes de tomar as PAEs, ou porque teve relações sexuais desprotegidas antes ou depois de tomar as PAEs. Em qualquer destes casos, a mulher deve saber que as PAEs não têm efeitos adversos conhecidos sobre a gravidez. Se optar por continuar a gravidez ou se decidir interromper, deve-se saber que não se requer nenhum tratamento especial pelo fato de ter sido exposta às PAEs.

## REFERÊNCIAS

1. Ho PC, Kwan MS. A prospective randomized comparison of levonorgestrel with the Yuzpe regimen in post-coital contraception. *Hum Reprod* 1993; 8(3):389-92.
2. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352(9126):428-33.
3. Piaggio G, Kapp N, von Hertzen H. Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials. *Contraception* 2011; 84(1):35-9.
4. von Hertzen H, Piaggio G, Ding J, et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360(9348):1803-10.
5. Cheng L, Gulmezoglu AM, Piaggio G, Ezcurra E, Van Look PF. Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008(2):CD001324.
6. Trussell J, Rodríguez G, Ellertson Ch. New estimates of the effectiveness of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Contraception* 1998; 57: 363.
7. Ellertson C, Evans M, Ferden S, et al. Extending the time limit for starting the Yuzpe regimen of emergency contraception to 120 hours. *Obstet Gynecol* 2003; 101(6):1168-71.
8. 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.
9. Fine P, Mathe H, Ginde S, Cullins V, Morfesis J, Gainer E. Ulipristal acetate taken 48-120 hours after intercourse for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2010; 115(2 Pt 1):257-63.
10. World Health Organization (WHO, 1999). Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Comparison of three single doses of mifepristone as emergency contraception: a randomized trial. *Lancet* 1999; 353: 697.
11. Croxatto HB, Devoto L, Durand M, et al. Mechanism of action of hormonal preparations used for emergency contraception: a review of the literature. *Contraception* 2001; 63(3):111-21.
12. Marions L, Hultenby K, Lindell I, Sun X, Stabi B, Gemzell Danielsson K. Emergency contraception with mifepristone and levonorgestrel: mechanism of action. *Obstet Gynecol* 2002; 100(1):65-71.
13. International Federation of Gynecology & Obstetrics (FIGO) & International Consortium for Emergency Contraception (ICEC). Mechanism of Action. How do levonorgestrel-only emergency contraceptive pills
14. Croxatto HB, Fuentealba B, Brache V et al. Effects of the Yuzpe regimen, given during the follicular phase, upon ovarian function. *Contraception* 2002; 65: 121.
15. Stratton P, Levens ED, Hartog B, et al. Endometrial effects of a single early luteal dose of the selective progesterone receptor modulator CDB-2914. *Fertil Steril* 2010; 93(6):2035-41.
16. Durand M, Cravioto MC, Raymond EG et. al. On the mechanism of action of short-term levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception* 2001; 64(4): 227-234.
17. Hapangama D, Glasier AF, Baird DT The effects of peri-ovulatory administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2001; 63(3): 123-129.
18. Marions L, Cekan SZ, Bygdeman M, Gemzell-Danielsson K. Effect of emergency contraception with levonorgestrel or mifepristone on ovarian function. *Contraception* 2004; 69(5): 373-377.
19. Croxatto HB, Brache V, Pavez M et al. Pituitary-ovarian function following the standard levonorgestrel emergency contraceptive dose or a single 0.75 mg dose given on the days preceding ovulation. *Contraception* 2004; 70(6): 442-450.
20. Okewole IA, Arowajolu AO, Odusoga OL et al. Effect of single administration of levonorgestrel on the menstrual cycle. *Contraception* 2007; 75(5): 372-377.
21. Brache V, Cocho L, Jesam C, et al. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Human Reprod.* 2010, 25(9):2256-63.
22. Meng CX, Marions L, Bystrom B, Gemzell-Danielsson K. Effects of oral and vaginal administration of levonorgestrel emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum Reprod* 2010; 25(4):874-83.
23. Passaro MD, Piquion J, Mullen N, et al. Luteal phase dose-response relationships of the antiprogesterin CDB-2914 in normally cycling women. *Hum Reprod* 2003; 18(9):1820-7.
24. Meng CX, Andersson K, Bentin-Ley U et al. Effect of levonorgestrel and mifepristone on endometrial receptivity markers in a three-dimensional human endometrial cell culture model. *Fertil Steril* 2009; 91(1): 256-64.
25. Palomino WA, Kohen P, Devoto L. A single midcycle dose of levonorgestrel similar to emergency contraceptive does not alter the expression of the L-selectin ligand or molecular markers of endometrial receptivity. *Fertil Steril* 2010; 94(5): 1589-94.
26. Durand M, Seppala M, Cravioto M del C et al. Late follicular phase administration of levonorgestrel as an emergency contraceptive changes the secretory pattern of glycodelin in serum and endometrium during the luteal phase of the menstrual cycle. *Contraception* 2005; 71(6): 451-57.
27. Noe G, Croxatto HB, Salvatierra AM, et al. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 2011; 84(5):486-92.

28. Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ et al. Effectiveness of levonorgestrel emergency contraception given before or after ovulation - a pilot study. *Contraception* 2007; 75 (2): 112-8.
29. Lalitkumar PG, Lalitkumar S, Meng CX et al. Mifepristone, but not levonorgestrel, inhibits human blastocyst attachment to an in vitro endometrial three-dimensional cell culture model. *Hum Reprod* 2007; 22(11): 3031-37.
30. Müller AL, Lladós C, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat. *Contraception* 2003; 67(5): 415-419.
31. Ortiz ME, Ortiz RE, Fuentes M et al. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new-world monkey *Cebus apella*. *Hum Reprod* 2004; 19(6): 1352-56.
32. Kessler E, Garmendia F, Westphal N, Parada J, Kamacho-Ortega P, Laudahn G, Schopflin G. In vitro action of progestogen on sperm migration in human cervical mucus. *Fertility and Sterility* 1975; 26(1): 57-61.
33. Kessler E, Garmendia F, Westphal N, Parada J. The hormonal and peripheral effects of d-norgestrel in postcoital contraception. *Contraception* 1974; 10(4): 411-24.
34. Brito KS, Bahamondes L, Nascimento JA, de Santis L, Munuce MJ. The in vitro effect of emergency contraception doses of levonorgestrel on the acrosome reaction of human spermatozoa. *Contraception* 2005; 72(3): 225-8.
35. Yeung WS, Chiu PC, Wang CH, Yao YQ, Ho PC. The effects of levonorgestrel on various sperm functions. *Contraception* 2002; 66(6): 453-7.
36. Do Nascimento JA, Seppala M, Perdigo A, Espejo-Arce X, Munuce MJ, Hautala L, Koistinen R, Andrade L, Bahamondes L. In vivo assessment of the human sperm acrosome reaction and the expression of glycodefin-A in human endometrium after levonorgestrel-emergency contraceptive pill administration. *Human Reproduction* 2007; 22(8): 2190-5.
37. De Santis M, Cavaliere AF, Straface G, Carducci B, Caruso A. Failure of the emergency contraceptive levonorgestrel and the risk of adverse effects in pregnancy and on fetal development: an observational cohort study. *Fertil Steril* 2005; 84(2):296-9.
38. Zhang L, Chen J, Wang Y, Ren F, Yu W, Cheng L. Pregnancy outcome after levonorgestrel-only emergency contraception failure: a prospective cohort study. *Hum Reprod* 2009; 24(7):1605-11.
39. Arowojolu AO, Okewole IA, Adekunle AO. Comparative evaluation of the effectiveness and safety of two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigerians. *Contraception* 2002; 66(4):269-73.
40. Ngai SW, Fan S, Li S, et al. A randomized trial to compare 24 h versus 12 h double dose regimen of levonorgestrel for emergency contraception. *Hum Reprod* 2005;20(1):307-11.
41. Wu S, Wang C, Wang Y. [A randomized, double-blind, multicentre study on comparing levonorgestrel and mifepristone for emergency contraception]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 1999; 34(6):327-30.
42. Hamoda H, Ashok PW, Stalder C, Flett GM, Kennedy E, Templeton A. A randomized trial of mifepristone (10 mg) and levonorgestrel for emergency contraception. *Obstet Gynecol* 2004; 104(6):1307-13.
43. Creinin MD, Schlaff W, Archer DF, et al. Progesterone receptor modulator for emergency contraception: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2006; 108(5):1089-97.
44. Dada OA, Godfrey EM, Piaggio G, von Hertzen H. A randomized, double-blind, noninferiority study to compare two regimens of levonorgestrel for emergency contraception in Nigeria. *Contraception* 2010; 82(4):373-8.
45. Farajkhoda T, Khoshbin A, Enjazab B, Bokaei M, Karimi Zarchi M. Assessment of two emergency contraceptive regimens in Iran: levonorgestrel versus the Yuzpe. *Niger J Clin Pract* 2009; 12(4):450-2.
46. Raymond E, Taylor D, Trussell J, Steiner MJ. Minimum effectiveness of the levonorgestrel regimen of emergency contraception. *Contraception* 2004; 69(1):79-81.
47. Piaggio G, von Hertzen H, Grimes DA, Van Look PF. Timing of emergency contraception with levonorgestrel or the Yuzpe regimen. Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. *Lancet* 1999; 353(9154):721.
48. Raymond EG, Trussell J, Polis CB. Population effect of increased access to emergency contraceptive pills: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2007; 109(1):181-8.
49. Polis CB, Schaffer K, Blanchard K, Glasier A, Harper CC, Grimes DA. Advance provision of emergency contraception for pregnancy prevention (full review). *Cochrane Database Syst Rev* 2010(2):CD005497.
50. Raymond EG, Weaver MA. Effect of an emergency contraceptive pill intervention on pregnancy risk behavior. *Contraception* 2008; 77(5):333-6.
51. Raymond EG, Goldberg A, Trussell J, Hays M, Roach E, Taylor D. Bleeding patterns after use of levonorgestrel emergency contraceptive pills. *Contraception* 2006; 73(4):376-81.
52. Gainer E, Kenfack B, Mboudou E, Doh AS, Bouyer J. Menstrual bleeding patterns following levonorgestrel emergency contraception. *Contraception* 2006; 74(2):118-24.
53. HRA Pharma UK and Ireland Limited. EllaOne 30mg: Summary of product characteristics. <http://www.medicines.org.uk/EMC/medicine/22280/SPC/ellaOne+30+mg/>; 2013.
54. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. Effects on the probability of conception, survival of the pregnancy, and the sex of the baby. *N Engl J Med* 1995; 333(23): 1517-21.
55. Brasil. Ministério da Saúde. Anticoncepção de Emergência - perguntas e respostas para profissionais de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao\\_emergencia\\_perguntas\\_respostas\\_2ed.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anticoncepcao_emergencia_perguntas_respostas_2ed.pdf)
56. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo para utilização do levonorgestrel. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Disponível em [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo\\_levonorgestrel\\_anticoncepcao\\_hormonal\\_emergencia.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_levonorgestrel_anticoncepcao_hormonal_emergencia.pdf)



*Rede Brasileira de Promoção de  
Informações e Disponibilização da  
Contraceção de Emergência*



Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia  
e Obstetrícia

**Em cooperação com o Consórcio Internacional  
Anticoncepção de Emergência**



*International Consortium for  
Emergency Contraception*

[www.cecinfo.org](http://www.cecinfo.org)

Estas Orientações médicas e de prestação de serviços para Pílulas Anticoncepcionais de Emergência, são guias que pretendem ajudar programas de planejamento familiar para garantir que as mulheres que o usem o método, o façam de forma eficaz e segura. O documento reflete a mais recente evidência disponível e foi examinado por peritos e profissionais especialistas internacionalmente reconhecidos na área da saúde reprodutiva. Encorajamos os países a adaptar estas orientações às suas necessidades específicas.