



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE FARMÁCIA

QUALIDADE DAS DIRETRIZES CLÍNICAS PARA CONTRACEPÇÃO DE  
EMERGÊNCIA SEGUNDO AGREE II E PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA O  
CUIDADO FARMACÊUTICO

TAYNARA ANDRIOLI CAMPOS  
170114643

Brasília - DF  
2022

TAYNARA ANDRIOLI CAMPOS

QUALIDADE DAS DIRETRIZES CLÍNICAS PARA CONTRACEPÇÃO DE  
EMERGÊNCIA SEGUNDO AGREE II E PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA O  
CUIDADO FARMACÊUTICO

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado para obtenção do grau  
de bacharel em Farmácia pela  
Universidade de Brasília.

Orientadora: Professora Dr<sup>a</sup>. Ana Paula de Oliveira Barbosa

Co-orientador: Professor Dr. Rafael Santos Santana

Brasília - DF  
2022

TAYNARA ANDRIOLI CAMPOS

Apresentação em 26 de setembro de 2022.

Banca Examinadora:

Presidente: Ana Paula de Oliveira Barbosa – UnB

Membro: Eloá Fátima Ferreira de Medeiros – UnB

Membro: Rafael Poloni – Ministério da Saúde

## AGRADECIMENTOS

Quando penso no sentimento de gratidão, logo me vem à cabeça a minha mãe, Adriana, meu maior exemplo e inspiração, que sempre me apoiou, me motivou e esteve ao meu lado em todas situações. Dedico, com todo meu amor, este trabalho à minha querida mãe. Tudo isso é por você, e o que sou hoje é por causa de você!

Agradeço também ao meu pai, Paulo, por todo amor e apoio durante a minha vida, e, por acreditar no meu potencial sempre. E a todos da minha família, que, de alguma forma, participaram positivamente desse processo.

Ao meu companheiro de vida, João Victor, um agradecimento especial pela compreensão, por sempre vibrar com minhas conquistas e crescimento pessoal ao longo da minha caminhada e por ter uma contribuição significativa em me ajudar com tudo que precisei. Todos vocês são meu refúgio e porto seguro, amo vocês!

Agradeço aos meus orientadores, Rafael e Ana Paula, por toda ajuda, ensinamentos, paciência, me sinto honrada por ter sido guiada por vocês. Agradeço a banca examinadora pela disponibilidade e pelas contribuições.

Agradeço a Universidade de Brasília, por me proporcionar uma ótima formação profissional, muitas experiências enriquecedoras, crescimento pessoal e conhecer pessoas especiais durante esse ciclo em minha vida. É parte de quem sou hoje, contribuiu muito para minha evolução, autoconhecimento e amadurecimento nessa jornada que é a vida. Como futura profissional farmacêutica, sinto que não poderia ter optado por uma melhor Instituição que a UnB.

## RESUMO

Contraceção de Emergência (CE) refere-se ao uso de medicamentos hormonais para prevenir gravidez indesejada dentro de 72 a 120 horas após a relação sexual desprotegida ou coito interrompido. Estima-se que o uso adequado da CE pode reduzir pela metade o número de gestações indesejadas a cada ano, o que também pode reduzir as taxas de aborto. (1)

O manejo clínico previsto para utilização de CE e prevenção de gravidez indesejada necessita de embasamento científico presente em diretrizes clínicas, documentos, protocolos, artigos, entre outros, que vão orientar com segurança e qualidade, através de recomendações estruturadas que auxiliam as tomadas de decisões dos profissionais de saúde e do paciente acerca dos cuidados de saúde mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas. A qualidade das diretrizes é fator determinante para o seu potencial benéfico e metodologias apropriadas. (5, 6)

Atualmente, os estabelecimentos farmacêuticos carecem de um maior preparo para o manejo da contraceção de emergência, em que, um bom atendimento farmacêutico está intimamente ligado ao conhecimento sobre as possíveis causas da “emergência”, quais são as opções disponíveis no Brasil, importância da educação sexual e escolha de um método contraceptivo contínuo. Assim justifica-se a criação de um protocolo de atendimento voltado a esse profissional, para orientar de forma prática e eficiente todas as etapas necessárias ao cuidado.

Para elaboração da proposta de diretriz baseada em evidência, foi realizada uma revisão sistemática, utilizando diversas bases de dados e aplicado então o método ADAPTE. Ainda, as diretrizes já existentes foram avaliadas através do método AGREE II, com foco no domínio “rigor de desenvolvimento”. Resultando em 3 diretrizes avaliadas, dentro dos critérios estabelecidos, como de boa qualidade e recomendáveis pelas notas alcançadas no referido domínio.

A proposta desenvolvida inclui a definição de contraceção de emergência, as causas, a anamnese, as intervenções não farmacológicas e farmacológicas e o acompanhamento pelo farmacêutico.

**PALAVRAS-CHAVE:** Contraceção de Emergência; Diretriz de Prática Clínica; Cuidado Farmacêutico; AGREE II.

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	6
<b>CAPÍTULO 1 – AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: UMA ANÁLISE DA QUALIDADE E DAS PROPOSTAS DE TRATAMENTO</b> .....	7
Introdução .....	8
Métodos .....	9
Resultados .....	13
Recomendações Gerais das Diretrizes .....	15
Avaliação da Qualidade Das Diretrizes pelo Instrumento AGREE II .....	17
Discussão .....	20
Considerações Finais .....	22
Limitações .....	23
Referências Bibliográficas .....	24
<b>CAPÍTULO 2 – PROPOSTA DE DIRETRIZ PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA</b> .....	25
Ciclo menstrual, gravidez e a contracepção de emergência .....	25
Sinônimos e descritores .....	27
Objetivos do cuidado farmacêutico .....	28
Causas e anamnese farmacêutica .....	29
Promoção da saúde e intervenções não-farmacológicas .....	33
Intervenções farmacológicas .....	40
Sinais de alerta e encaminhamento .....	45
Evolução, avaliação e acompanhamento .....	46
Algoritmo de manejo .....	47
Metodologia de busca e literatura eleita/recomendada .....	47
Referências bibliográficas .....	49

## APRESENTAÇÃO

Este trabalho foi dividido em dois capítulos. O capítulo 1, intitulado “Avaliação das Diretrizes de Prática Clínica da Contracepção de Emergência: Uma Análise da Qualidade e das Propostas de Tratamento”, trata de um artigo de avaliação das diretrizes e protocolos de prática clínica existentes para o manejo da contracepção de emergência. O artigo descreve a busca, seleção e avaliação das diretrizes. Inclui também a discussão da qualidade e das intervenções não farmacológicas e farmacológicas apresentadas.

No capítulo 2, foi apresentada uma proposta final deste trabalho, intitulado “Diretriz para o Cuidado Farmacêutico da Contracepção de Emergência”, que consiste em uma diretriz elaborada com enfoque no cuidado farmacêutico na contracepção de emergência.

# **CAPÍTULO 1: AVALIAÇÃO DAS DIRETRIZES DE PRÁTICA CLÍNICA DA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA: UMA ANÁLISE DA QUALIDADE E DAS PROPOSTAS DE TRATAMENTO.**

## **RESUMO**

**Objetivos:** Este artigo buscou identificar diretrizes e/ou protocolos clínicos para o manejo da contracepção de emergência para uma avaliação crítica da qualidade e do perfil de tratamento recomendado nos textos presentes na literatura.

**Métodos:** A identificação das diretrizes foi realizada em diferentes bases de dados e a avaliação da qualidade foi realizada através do método AGREE II, com ênfase no domínio “Rigor do desenvolvimento”. Os critérios adotados para recomendação de uma diretriz foram as pontuações encontradas neste domínio, sendo 50% o valor mínimo esperado. E ainda, diretrizes que pontuassem entre 30% e 50% no "rigor de desenvolvimento" e alcançassem médias superiores a 50% em dois outros domínios seriam recomendadas, com modificações.

**Resultados:** Para avaliação, 5 diretrizes de prática clínica foram selecionadas, dentre elas, 3 foram contempladas como “recomendadas”, 1 considerada “recomendada, com modificações” e 1 “não recomendada”. Pelo menos uma das intervenções não farmacológicas abordadas é enfatizada em 4 das 5 as diretrizes, e, quanto ao tratamento farmacológico, citam mais de uma opção para contracepção de emergência.

**Conclusão:** A qualidade das diretrizes avaliadas, dentro dos critérios estabelecidos, foi abaixo do esperado, mesmo que a maioria das diretrizes tenham alcançado notas satisfatórias para uma recomendação. Alguns domínios avaliados, como rigor e desenvolvimento, independência editorial e aplicabilidade esboçaram notas baixas, onde alguns itens devem ter uma melhoria para proporcionar uma melhor assistência ao paciente. Ademais, ressalta-se que nenhuma das diretrizes selecionadas e avaliadas aborda o cuidado voltado à assistência farmacêutica.

**Palavras chave:** Contracepção de Emergência; Diretriz de Prática Clínica; Cuidado Farmacêutico; AGREE II.



## Introdução

---

Contraceção de Emergência (CE) refere-se ao uso de medicamentos hormonais para prevenir gravidez indesejada dentro de 72 a 120 horas após a relação sexual desprotegida ou coito interrompido. Estima-se que o uso adequado da CE pode reduzir pela metade o número de gestações indesejadas a cada ano, o que também pode reduzir as taxas de aborto. (1)

Os principais motivos para a ocorrência da gravidez não-planejada são: a falta de orientação sexual e afetiva às jovens e mulheres adultas, a não disponibilidade gratuita do conjunto de métodos contraceptivos cientificamente comprovados para a população e a condição ilegal do aborto, exceto em casos de estupro e risco de morte para a mãe. Nesse contexto, a CE é um direito sexual e reprodutivo, pois oferece opção de prevenção à gravidez não-planejada, sendo um método amplamente estudado e aprovado com respeito à eficácia e segurança, sendo legítima a sua divulgação e acesso para todas as mulheres e casais. Por isso é tão importante o acesso à informação e ao método contraceptivo de emergência. (1, 2)

Pesquisas relatam que o Brasil contém índices elevados de gravidez indesejada por parte das jovens e também grandes porcentagens de abortos. Esses parâmetros revelam que as relações sexuais das jovens se mantêm ativa, e, para a prevenção e redução de tais índices e complicações na vida desta população, é necessário planejar ações ativas sobre o problema. (3, 4)

O manejo clínico previsto para utilização de CE e prevenção de gravidez indesejada necessita de embasamento científico presente em diretrizes clínicas, documentos, protocolos, artigos, entre outros, que vão orientar com segurança e qualidade. As diretrizes clínicas são recomendações estruturadas que auxiliam as tomadas de decisões dos profissionais de saúde e do paciente acerca dos cuidados de saúde mais apropriados em circunstâncias clínicas específicas. Além do mais, as diretrizes desempenham um papel importante na formação de

políticas de saúde e evoluíram para abranger tópicos em todo o processo de cuidados de saúde como promoção da saúde, rastreamento e diagnóstico. (5)

A qualidade das diretrizes é fator determinante para o seu potencial benéfico e metodologias apropriadas. Estratégias rigorosas no processo de desenvolvimento de diretrizes são importantes para o sucesso da implementação das recomendações, que serão utilizadas no âmbito de demanda espontânea. (6)

Tendo isso em vista, como relata o artigo 9º da Resolução Nº 585 de 29 de Agosto de 2013 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), o profissional farmacêutico possui algumas atribuições nesse sentido, relacionadas à gestão da prática, produção e aplicação do conhecimento, que podem incluir: realizar a gestão de processos e projetos, por meio de ferramentas e indicadores de qualidade dos serviços clínicos prestados; buscar, selecionar, organizar, interpretar e divulgar informações que orientem a tomada de decisões baseadas em evidência, no processo de cuidado à saúde.

Sendo assim, este artigo buscou identificar diretrizes e/ou protocolos clínicos para o manejo da contracepção de emergência para uma avaliação crítica da qualidade e do perfil de tratamento recomendado nos textos presentes na literatura.

## **Métodos**

---

### **Identificação e seleção das diretrizes clínicas**

A busca das diretrizes clínicas ocorreu de dezembro de 2021 a agosto de 2022 por meio de pesquisas na literatura e revisões sistemáticas, realizando apuração de diretrizes de prática clínica (DPC) no âmbito de contracepção de emergência. As bases de dados utilizadas foram: bases de síntese de evidências Medscape, Dynamed e Uptodate; no site do Ministério da Saúde

e Biblioteca Virtual em Saúde; e, por fim, nas bases PubMed (filtro: Practice Guideline), Lilacs (filtro: Practice Guideline) e Scielo.

Os artigos foram filtrados com base no idioma (português e inglês), para publicações dos últimos 10 anos, utilizando os termos MeSh e operadores booleanos “Emergency Contraceptives” [Title] OR “Morning After Pill” [Title] AND “Practice Guideline”[Title/Abstract]. Foram incluídos guidelines, cartilhas, protocolos do Ministério da Saúde (MS), bulas e artigos de revisão que continham recomendações relacionadas ao manejo do uso de CE. Artigos indisponíveis na íntegra foram utilizados como critério de exclusão. Ademais, a seleção passou pelo processo de revisão por pares.

### **AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation)**

O instrumento AGREE II é um documento elaborado com o objetivo de avaliar a qualidade metodológica e a transparência no desenvolvimento de diretrizes clínicas. A partir dele, é possível abordar as questões relacionadas com a variabilidade na qualidade das diretrizes e fornecer uma estrutura mais confiável para avaliação da qualidade de diretrizes clínicas; criação de uma estratégia metodológica para o desenvolvimento das mesmas e esclarecer que e como as informações devem ser relatadas, sendo esses, fatores determinantes para o potencial benéfico das diretrizes. (6)

Quando falamos de qualidade de uma diretriz, fala-se da “confiança de que os potenciais vieses do desenvolvimento da diretriz tenham sido abordados de forma adequada, que as recomendações apresentassem validade interna e externa e que fossem factíveis”. Leva-se em conta o método utilizado, o conteúdo e sua aplicação. (7)

O Instrumento AGREE II pode ser aplicado a diretrizes relacionadas a qualquer problema de saúde e a qualquer etapa do cuidado em saúde, incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, saúde pública, rastreamento, diagnóstico, tratamento ou intervenções. (6)

O método de avaliação se dá a partir de 23 itens-chaves organizados em 6 domínios - escopo e propósito; envolvimento das partes interessadas; rigor de desenvolvimento; clareza de apresentação; e independência editorial - aplicabilidade seguidos por dois itens de classificação global. Cada um dos domínios trata-se de aspectos diferentes da qualidade da diretriz analisada.

Cada um dos itens do AGREE II e os dois itens de avaliação global são classificados em uma escala de 7 pontos (de 1 - discordo totalmente a 7 - concordo totalmente). O escore 1, referente ao “discordo totalmente”, deve ser dado quando não há qualquer informação que seja relevante para o item do AGREE II ou se o conceito é muito pobremente relatado. O escore 7, referente ao “concordo totalmente”, deve ser dado quando a qualidade da informação é excelente e quando todos os critérios e considerações estão atendidos. Já os escores entre 2 e 6 devem ser atribuídos quando a informação referente ao item do AGREE II não atende todos os critérios ou considerações, em função da completude e qualidade do relato, e, deve aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas. (6)

As respectivas pontuações devem ser calculadas através da soma de todas pontuações dos itens individuais, dadas pelos diferentes avaliadores, a fim de estabelecer o resultado como uma porcentagem da pontuação máxima possível em cada domínio. Para tanto, será utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{\text{Pontuação obtida} - \text{Pontuação mínima}}{\text{Pontuação máxima} - \text{Pontuação mínima}} \times 100$$

Esse cálculo é feito para fins de comparação dos valores de cada domínio. Multiplica-se por 100 para que a nota final seja em formato de porcentagem para facilitar a comparação. Em seguida, é realizada o cálculo uma média aritmética para cada domínio para se obter uma melhor visualização dos valores pontuados.

O AGREE II não fornece pontuação mínima para recomendação ou não recomendação dos protocolos. Por isso, com base em critérios adotados por outros autores, o domínio Rigor de Desenvolvimento será abordado como parâmetro principal de avaliação, sendo que, quanto mais alta a pontuação neste item, maior será a qualidade da diretriz, tendo como valor mínimo 50%. Portanto, a diretriz que pontuar entre 30% e 50% em "rigor de desenvolvimento" e alcançar médias superiores a 50% em dois outros domínios poderá ser considerada "recomendada, com modificações". E, por último, a diretriz que pontuar menos de 30% no item "rigor de desenvolvimento" poderá ser considerada como "não recomendada". (6, 8)

### **Extração dos dados, gerenciamento e análise**

Recomenda-se que cada diretriz clínica seja avaliada por pelo menos dois, e preferencialmente, quatro avaliadores, previamente familiarizados com o tema abordado e com o instrumento AGREE II. (6) Este trabalho contou com quatro avaliadores na análise das diretrizes selecionadas para avaliação, utilizando as notas de 1 a 7, que, ao final, são calculadas em formato de porcentagem de acordo com as orientações encontradas, objetivando avaliar a recomendação da diretriz em seus aspectos mais relevantes.

Há uma grande possibilidade de variação média pelo AGREE II e influência de fatores humanos inerentes à avaliação. Porém, em contrapartida, a aplicabilidade de notas entre os avaliadores necessita de confiabilidade e concordância. Para melhorar tais parâmetros, o teste Kappa, um coeficiente de medição entre as avaliações de concordância entre os avaliadores, foi utilizado. Aqui, o valor de Kappa varia entre 1-3, relacionando-se com o instrumento AGREE II (Tabela 1). Para a análise de concordância, foi estabelecido que os escores 1 e 2 seriam considerados "baixos", os escores entre 3 a 5 seriam "intermediários" e os escores 6 e 7 "altos". (8, 9)

**Tabela 1:** Esquema de pontuação entre testes Kappa e AGREE II

	<b>Baixa</b>	<b>Intermediária</b>	<b>Alta</b>
<b>Nota utilizada para o Kappa</b>	1	2	3
<b>Nota atribuída na avaliação AGREE II</b>	1 e 2	3, 4 e 5	6 e 7

Assim, os escores 1-2 foram considerados "baixos", os escores entre 3-5 "intermediários" e os escores 6-7 "altos". Os seguintes parâmetros de comparação foram considerados: (6)

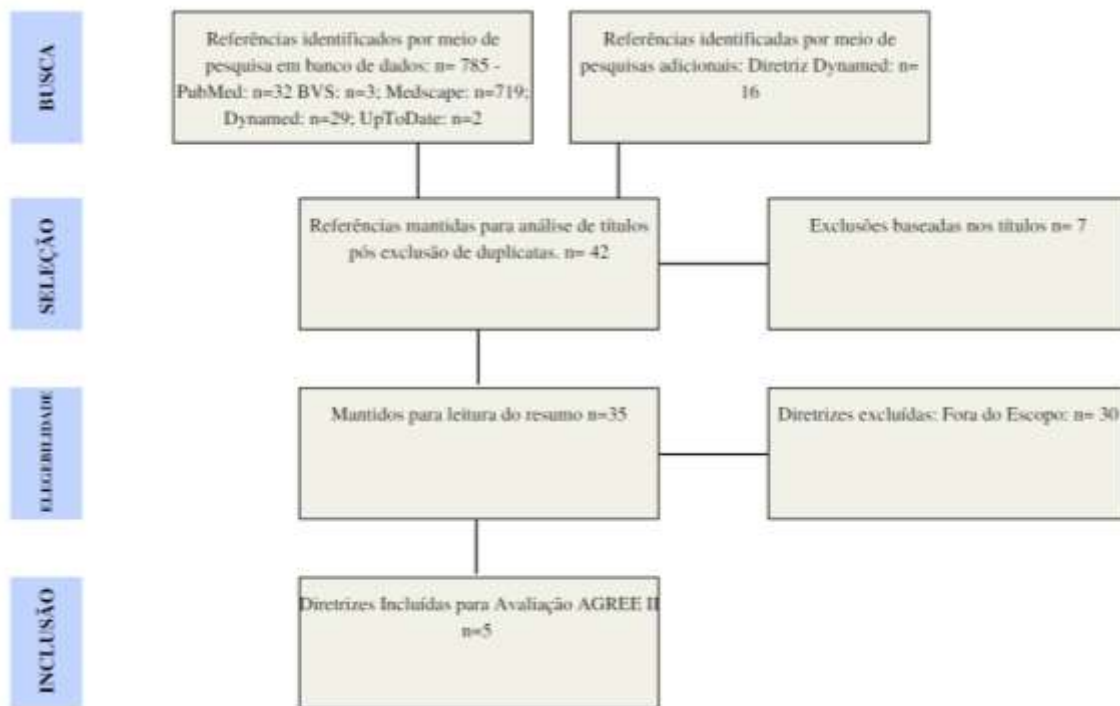
- Uma concordância pobre (<0,00);
- Leve (0,00-0,20);
- Razoável (0,21-0,40);
- Moderada (0,41-0,60);
- Substancial (0,61-0,80);
- Quase perfeita (0,81-1).

## **Resultados**

---

A seleção de textos foi averiguada por um revisor, seguindo o método de revisão por pares, onde as discrepâncias quanto à inclusão ou exclusão de protocolos para avaliação foram resolvidas por discussão entre eles. (10) A princípio foram selecionados 49 textos nas fontes bibliográficas consultadas, seguindo para avaliação do título e do resumo (Fluxograma 1). Após as exclusões, foram selecionadas 5 diretrizes para avaliação crítica da qualidade.

**Fluxograma 1:**



As diretrizes de prática clínica (DPC) selecionadas estão descritas na tabela 2 e são originadas dos Estados Unidos (DPCs 6), Canadá (DPC 2), Brasil (DPC 3), Europa (DPC 5) e de organizações internacionais presentes em vários países (DPCs 4).

**Tabela 2:** Diretrizes de prática clínica para manejo da contracepção de emergência selecionadas para avaliação

	<b>Diretriz Clínica</b>	<b>País/Continento de Origem</b>	<b>Grupo/Organização Responsável</b>
<b>DPC 1 (2013)</b>	<a href="#">Emergency Contraception nº 280</a>	Canadá	International Journal of Gynecology and Obstetrics
<b>DPC 2 (2010)</b>	<a href="#">O Profissional de saúde, o adolescente e a contracepção de emergência: ajudando a decidir - guia de orientação para o profissional da saúde</a>	Brasil	Instituto de Pesquisas do Discurso do Sujeito Coletivo – IPDSC
<b>DPC 3 (2018)</b>	<a href="#">Emergency Contraceptive Pills: Medical and Service Delivery Guidance</a>	Internacional	International Consortium for Emergency Contraception (ICEC)
<b>DPC 4 (2016)</b>	<a href="#">Emergency Contraception: A guideline for service provision in Europe</a>	Europa	European Consortium for Emergency Contraception
<b>DPC 5 (2015)</b>	<a href="#">Emergency Contraception</a>	Estados Unidos	The American College of Obstetricians and Gynecologists

O coeficiente de Kappa ponderada quadrática encontrado foi de 0,75, ou seja, uma concordância substancial entre os avaliadores, considerada uma média bem aceita para avaliação. (6) Não houveram discordâncias significativas entre os avaliadores durante a avaliação AGREE II, o que reforça a concordância kappa encontrada.

### **Recomendações Gerais das Diretrizes**

Existem duas intervenções não-farmacológicas que devem ser feitas em conjunto com o uso da contracepção de emergência: educação sexual e escolha de um método contraceptivo



contínuo. Como descrito na tabela 3, somente as DPCs 2 e 3 recomendam a educação sexual da paciente, ou seja, um total de 40%. E, somente a DPC 4 (20%) não recomenda a escolha de um método contraceptivo contínuo.

**Tabela 3:** Recomendações de Intervenções Não-Farmacológicas para Contracepção de Emergência (CE)

<b>INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS PARA CE</b>					
<b>Recomendação</b>	<b>DPC 1</b>	<b>DPC 2</b>	<b>DPC 3</b>	<b>DPC 4</b>	<b>DPC 5</b>
Educação sexual	Não	Sim	Sim	Não	Não
Escolha de um método contraceptivo contínuo	Sim	Sim	Sim	Não	Sim

A intervenção farmacológica para CE tem o objetivo de diminuir o risco de gravidez após a relação sexual, mas antes do estabelecimento da mesma (fecundação). (11) Atualmente, nos países ao redor do mundo, existem diferentes métodos utilizados como CE, descritos na Tabela 3. O levonorgestrel é descrito em 100% das diretrizes avaliadas; o método Yuzpe, DIU e o ulipristal são recomendados em 60% das diretrizes, e a mifepristona, é descrita em apenas uma diretriz (20%). O dispositivo intrauterino é a forma mais eficaz de CE, enquanto o método Yuzpe, a forma menos eficaz. O levonorgestrel é menos eficaz do que o mifepristone ou o acetato de ulipristal. (11, 12)

**Tabela 4:** Recomendações de tratamento farmacológico para Contracepção de Emergência (CE)

<b>Tratamento Farmacológico para CE</b>					
Contraceptivo de emergência	DPC 1	DPC 2	DPC 3	DPC 4	DPC 5
Levonorgestrel	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Método Yuzpe	Sim	Não	Sim	Não	Sim
DIU	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Ulipristal	Não	Não	Sim	Sim	Sim
Mifepristona	Não	Não	Sim	Não	Não

### **Avaliação da Qualidade das Diretrizes pelo Instrumento AGREE II**

Uma vez realizada a avaliação por intermédio do instrumento AGREE II, calculou-se a porcentagem média em cada um dos domínios, como descrito na Tabela 5. Conclui-se que, com base nos critérios abordados neste artigo, as DPCs 1, 4 e 5, são consideradas recomendadas para uso na prática de profissionais da saúde para o manejo da contracepção de emergência. A DPC 3 foi considerada recomendada, com modificações e, por último, a DPC 2, do Brasil, não foi recomendada, devendo passar por uma avaliação e revisão dos critérios metodológicos de elaboração para uma posterior recomendação.

**Tabela 5:** Pontuações para cada domínio do Instrumento AGREE II

<b>Diretriz</b>	<b>Escopo e finalidade</b>	<b>Envolvimento das partes interessadas</b>	<b>Rigor do Desenvolvimento</b>	<b>Clareza da apresentação</b>	<b>Aplicabilidade</b>	<b>Independência editorial</b>	<b>Recomendação</b>
<b>DPC 1</b>	92%	44%	69%	100%	74%	4%	Recomendada
<b>DPC 2</b>	83%	65%	20%	71%	66%	0%	Não recomendada
<b>DPC 3</b>	100%	72%	46%	100%	93%	0%	Recomendada, com modificações
<b>DPC 4</b>	100%	51%	51%	100%	86%	0%	Recomendada
<b>DPC 5</b>	100%	61%	76%	99%	80%	0%	Recomendada

O primeiro domínio avaliado, escopo e finalidade, que diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (6), teve uma média geral de 95%, uma vez que todas diretrizes avaliadas cumpriram os critérios e contemplaram os objetivos gerais de identificação, classificação, tratamento e prevenção, de forma clara e específica, de fácil reconhecimento, resultando em uma média superior a 50%. Esse domínio obteve a maior média geral em comparação com os outros cinco domínios.

Quanto ao segundo, envolvimento das partes interessadas, que focaliza em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes adequadas interessadas e representam a visão dos usuários pretendidos (6), houve uma média geral de 58,6%, a quarta maior entre os domínios. A diretriz 1, do Canadá, foi a única a ter média inferior a 50%. Observou-se que, no geral, as equipes de desenvolvimento das diretrizes não abrangem todos os grupos de profissionais relevantes, restringindo-se, em sua maioria, a médicos especialistas, os usuários alvos não se encontram claramente descritos, não se encontram incluídas todas as informações relevantes dos membros das equipes, e, não se procurou conhecer as opiniões e

preferências da população-alvo. Esses pontos negativos, ou, o difícil reconhecimento e/ou localização desses dados, diminuíram a pontuação geral do domínio.

O rigor e desenvolvimento, que diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (6), é considerado o principal item de avaliação de uma diretriz, determinando, de certa forma, se a mesma será recomendada ou não para uso em prática clínica (6,8). Por isso, este deve ser elaborado de forma criteriosa e transparente. (6,8) A média geral obtida diante da avaliação das diretrizes foi de 52,4%, a segunda mais baixa dos critérios avaliados. As diretrizes, 2 e 3, do Brasil e de uma instituição internacional, respectivamente, foram as únicas que obtiveram média abaixo de 50%. Somente as diretrizes 1 (Canadá) e 5 (Estados Unidos) apresentaram, de fato, rigor metodológico e/ou de descrição dos mesmos, como critérios para seleção de evidências e métodos para formulação das recomendações abordadas. No entanto, nenhuma das diretrizes apresentou de forma clara e satisfatória os pontos fortes e limitações do corpo de evidências.

O domínio acerca da clareza da apresentação, que diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz (6), mostrou-se adequado em todas diretrizes, sendo a segunda maior média geral, 94%. A menor média, foi da diretriz 2 (Brasil), deixando a desejar em alguns pontos, como, a fácil identificação das recomendações e falta de ambiguidade e especificidade em seu conteúdo.

O penúltimo critério analisado, aplicabilidade, que se refere a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz (6), obteve média geral de 79,8%, com pontos pertinentes e apropriados em todas as diretrizes.

Quanto ao sexto domínio, independência editorial, que nos fala sobre a formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes, foi a pior

média geral, de 0,8%. Em nenhuma das diretrizes avaliadas é possível localizar com clareza os pontos abordados. Não há parecer dos órgãos financiadores nem registro dos conflitos de interesse.

## **Discussão**

---

Dentre as diretrizes avaliadas, três (60%) foram consideradas “recomendadas” dentro dos critérios analisados, sem necessidade de modificações significativas. Estas, apresentaram vieses de boa qualidade, metodologia e conteúdo, resultando em uma avaliação notável, com porcentagens consideravelmente altas em praticamente todos domínios (com exceção do sexto - independência editorial). Tais diretrizes foram: 1 (Canadá), 4 (Europa) e 5 (Estados Unidos).

Em contrapartida, uma diretriz, a 3ª, de uma instituição internacional (International Consortium for Emergency Contraception - ICEC), foi “recomendada, com modificações”, deixando a desejar em aspectos abordados no domínio de rigor e desenvolvimento, no que diz respeito a descrição da metodologia para busca e seleção de evidências e formulação de recomendações.

Já a diretriz 2, do Brasil, foi dada como “não recomendada”, obtendo uma média inferior a 30% no domínio de rigor e desenvolvimento, com escassez de descrição metodológica, falta de evidências, falta de clareza na elaboração de recomendações. O domínio sobre envolvimento das partes interessadas também foi a menor média em relação às outras diretrizes, com uma equipe reduzida em sua elaboração, não tendo indivíduos de grupos profissionais relevantes.

Pelo menos uma das intervenções não-farmacológicas, educação sexual e/ou escolha de um método contraceptivo contínuo, está presente em cada uma das diretrizes, com exceção da diretriz da Europa, que não descreve nenhuma. As diretrizes do Brasil e do ICEC abordam as duas intervenções.

Quanto ao tratamento farmacológico, o levonorgestrel é a contracepção de emergência mais amplamente relatada entre as diretrizes. Em contraste, a mifepristona aparece apenas na diretriz 4, da Europa. Apesar de poder ser usada como CE, a mifepristona tem propriedades abortivas e efeitos adversos mais intensos, sendo usada em conjunto com misoprostol para interrupção precoce da gravidez. (13) Além disso, é proibida em diversos países. Com isso em vista, é possível entender porque, mesmo com maior eficácia que o levonorgestrel, ela é menos utilizada como CE.

O DIU, o método de CE com maior eficácia e maior prazo para ser utilizado (11), apesar de ser utilizado em vários países no mundo como método contraceptivo contínuo, ainda é pouco disseminado como CE, sendo descrito em três das cinco diretrizes analisadas (Canadá, Europa e Estados Unidos), e, ainda assim, recebendo menos destaque do que as CEs de uso oral.

Por fim, o ulipristal é descrito nas diretrizes do ICEC, Europa e Estados Unidos.

É importante ressaltar que, hoje, no Brasil, as únicas intervenções farmacológicas utilizadas como CE são o levonorgestrel (fornecido pelo SUS em suas duas dosagens disponíveis) e o método Yuzpe. A inserção de DIU de cobre é feita pelo SUS, porém, como método contraceptivo de uso contínuo. (14)

A inclusão do cuidado farmacêutico no manejo da contracepção de emergência mostrou-se escasso, sendo um aspecto pobremente explorado pelas diretrizes. Muito se falou sobre ter acesso aos medicamentos por meio da farmácia, mas pouco destaque foi dado ao farmacêutico em si. Apenas as diretrizes 3 e 4 (ICEC e Europa, respectivamente) citaram o profissional farmacêutico como um dos profissionais da saúde considerado como usuário alvo da diretriz, podendo ser responsável pela condução do aconselhamento de pacientes em uso de CE.

Somente a diretriz 5, dos Estados Unidos, trouxe à tona uma pesquisa sobre a capacidade do profissional farmacêutico em fornecer contraceptivos de emergência com a devida

orientação e sem fazer distinção de pacientes (por exemplo, foi relatado que adolescentes encontram mais barreiras no acesso a CE), demonstrando que os farmacêuticos são uma parcela importante no acesso da população à contracepção de emergência e uso consciente da mesma., tanto no sistema público (SUS), quanto no sistema privado (farmácias e drogarias).

## **Considerações finais**

---

A diretriz brasileira foi a única considerada “não recomendada” diante da avaliação através do instrumento AGREE II. Destaca-se a necessidade de melhorar o rigor metodológico, ter uma equipe com mais profissionais da área e um formato que facilite a aplicabilidade do protocolo. Apesar disso, ela é a única que aborda a fundo a importância da educação sexual, planejamento familiar, acompanhamento do paciente mesmo após finalizar o uso da contracepção de emergência e escolha de um método contraceptivo contínuo. Isso se deve muito ao fato de que no Brasil existe o SUS, com programas voltados à saúde e cuidado contínuo de famílias por meio da atenção básica.

Já a DPC 3 foi dada como “recomendada, com modificações” por, principalmente, deixar a desejar nos aspectos metodológicos e descrição dos mesmos. Como uma instituição internacional voltada apenas para o manejo da contracepção de emergência, era de se esperar que fosse contemplada como “recomendada” nesta avaliação.

As outras três diretrizes foram recomendadas ao final de suas análises. A dos Estados Unidos teve média geral superior em quase todos os domínios, seguida da diretriz da Europa, e, por último, do Canadá.

A qualidade da assistência clínica no manejo da contracepção de emergência está diretamente ligada à qualidade das diretrizes aplicadas e pode ser melhorada através da aplicação de medidas simples e/ou com baixo custo financeiro. É necessária uma melhor

descrição da metodologia para seleção de evidências e elaboração de recomendações, maior variedade na equipe de profissionais da saúde envolvidos no desenvolvimento da diretriz, citação de possíveis barreiras existentes, conflitos de interesse e limitações, e, abordagem de todas as opções disponíveis para CE e as intervenções não-farmacológicas.

A qualidade das diretrizes avaliadas, dentro dos critérios estabelecidos, foi abaixo do esperado, mesmo que a maioria das diretrizes tenham alcançado notas satisfatórias para uma recomendação. Alguns domínios avaliados, como rigor e desenvolvimento, independência editorial e aplicabilidade esboçaram notas baixas, onde alguns itens devem ter uma melhoria para proporcionar uma melhor assistência ao paciente. Ademais, ressalta-se que nenhuma das diretrizes selecionadas e avaliadas aborda o cuidado voltado à assistência farmacêutica.

## **Limitações**

---

Na literatura, existem poucas diretrizes que se referem especificamente a Contracepção de Emergência, sendo, em sua maioria, sobre métodos contraceptivos no geral. Há menos dados e estudos sobre o assunto também quando comparado a outras contracepções. Isso pode ser considerado limitante no que tange a aplicabilidade de uma diretriz direcionada ao cuidado para profissionais da saúde.

## **Declaração de conflitos de interesse**

Declaro que não há conflito de interesses ou vínculos com demais organizações de interesse.



## Referências Bibliográficas

---

1. Figueiredo R., Bastos S. Contracepção de Emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS. 2008.
2. Dynamed. Contracepção de emergência.
3. Carcereri D., dos Santos E., *et al.* Atenção Integral à Saúde da Mulher. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica; 2016.
4. Queiroz M. Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção. *Revista Brasileira de Promoção em Saúde*. 2016;
5. Pereira C., Veiga N. Educação para a saúde baseada em evidências. Millenium. 2014;
6. AGREE Next Steps Consortium (2009). The AGREE II Instrument [versão eletrônica]. Disponível em: <<http://www.agreetrust.org>>. Acesso em: 01 Ago. 2022.
7. AGREE Collaboration. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. *Qual Saf Health Care*. 2003 Feb;12(1):18-23.
8. Santana R et al. The different clinical guideline standards in Brazil: High cost treatment diseases versus poverty-related diseases. *PLoS One* 2018; 13: 1–12.
9. de Raadt A, Warrens MJ, Bosker RJ, Kiers HAL. Kappa Coefficients for Missing Data. *Educational and Psychological Measurement*. 2019 Jun 16;79(3):558–76.
10. Hoffmann-Eßer W et al. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. (2017) *PLoS ONE* 12(3): e0174831. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0174831>. Day S. Evidence-based medicine and rare diseases. *Adv Exp Med Biol* 2017; 1031: 207–220.
11. UpToDate. Emergency Contraception
12. Dynamed. Emergency Contraception
13. Dehart, R. M.; Morehead, M. S. Mifepristone. *Annals of Pharmacotherapy*, v. 35, n. 6, p. 707–719, jun. 2001.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação nacional de medicamentos essenciais: RENAME. Brasília, 2022. 41, 90 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

## **CAPÍTULO 2: PROPOSTA DE DIRETRIZ CLÍNICA PARA O CUIDADO FARMACÊUTICO NA CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

Taynara Andrioli Campos, Rafael Santos Santana, Ana Paula de Oliveira Barbosa

### **CICLO MENSTRUAL, GRAVIDEZ E CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA**

O sistema reprodutor feminino humano é composto por ovários, trompas de Falópio, útero e vagina. A reprodução começa com o desenvolvimento de um óvulo no ovário. No meio de cada ciclo sexual mensal, um óvulo é expelido do folículo ovariano para a cavidade abdominal, próximo às aberturas das duas trompas de Falópio. O óvulo então viaja através de uma das trompas de Falópio até o útero; se foi fertilizado por um espermatozoide, o óvulo se implanta no útero, onde se desenvolve em feto, placenta, membranas fetais e, eventualmente, em bebê. (1)

O período de desenvolvimento fetal é chamado de gravidez ou gestação e dura cerca de 40 semanas em humanos. A fertilização do óvulo ocorre cerca de 24 horas após a ovulação, na parte da trompa de Falópio chamada ampola. Uma vez que o espermatozoide penetra no óvulo, o segundo corpúsculo polar é extrudado e o óvulo fertilizado começa a se dividir. Quatro dias após a ovulação do óvulo fertilizado, um blastocisto contendo cerca de 100 células atinge a cavidade uterina. (2)

Existem muitos métodos contraceptivos que evitam que a gravidez aconteça. Seu uso é, entre os brasileiros, um direito do usuário do serviço público de saúde, que precisa ser respeitado. (3) No entanto, a gravidez não-planejada ocorre em todos os estratos socioeconômicos da população. No país, independentemente das gravidezes subsequentes ao estupro, cerca de, 25% das mulheres engravidam sem desejar. É um problema que alcança quase 8 milhões de pessoas. (4,5)

A maneira mais adequada para evitar uma gravidez indesejada é desenvolver e implementar programas de educação sexual, conscientizando a população sobre o uso correto

dos diferentes métodos de contracepção. As estratégias para reduzir a gravidez indesejada devem incluir o aumento do conhecimento, acesso e disponibilidade de serviços contraceptivos, incluindo contracepção de emergência (CE). CE refere-se ao uso de medicamentos hormonais para prevenir gravidez indesejada dentro de 72 a 120 horas após a relação sexual desprotegida ou coito interrompido. (6)

O crescimento da utilização da CE no Brasil, na última década, ainda é desconhecido, haja vista a última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) ter sido realizada em 2006 e já apontar crescimento do uso deste método no país entre mulheres jovens. (7) Estima-se que o uso adequado da CE pode reduzir pela metade o número de gestações indesejadas a cada ano, o que também pode reduzir as taxas de aborto. (6) No Brasil, 12% das mulheres de 15 a 49 anos, sexualmente ativas, que já utilizaram um método contraceptivo moderno alguma vez na vida, afirmaram ter usado a CE, segundo a PNDS de 2006. Este percentual de uso da CE sobe para 23,2% se considerarmos apenas as mulheres não casadas. A PNDS 2006 aponta que a CE passou a ocupar o quinto lugar entre os métodos contraceptivos modernos usados por todas as mulheres e é o terceiro dentre os métodos modernos usados por mulheres não casadas e ativas sexualmente (últimos 12 meses). O uso é maior entre os grupos de idades mais jovens, correspondendo a 10,4% entre adolescentes de 15 a 19 anos que já utilizaram algum método moderno alguma vez na vida; 18,5% entre jovens de 20 a 24 anos e 16,9% entre jovens de 25 a 29 anos. (7)

Estima-se que devido às mudanças socioculturais na forma de interação sexual entre homens e mulheres – mediada hoje pela tecnologia digital e de formas mais imprevisíveis – e a composição de parcerias mais ocasionais, onde, muitas vezes não há vínculo afetivo-sexual entre o casal, o uso de CE aumentou significativamente entre os casais. Uma pesquisa de 2015 sobre práticas contraceptivas entre mulheres de 15 a 44 anos na cidade de São Paulo mostrou um aumento acentuado no uso de CE em comparação com outros métodos disponíveis, sendo

uma taxa de 84,3%. A CE é usada com muita frequência, especialmente por mulheres com menos de 35 anos e mais de 60% das mulheres de 15 a 29 anos disseram ter usado contracepção de emergência pelo menos uma vez na vida. (7)

Outra pesquisa, feita em 2013 pelo Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo aponta que 23% das adolescentes já usaram o medicamento para evitar gravidez. Realizado pela Casa da Adolescente, unidade da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, o levantamento entrevistou 600 adolescentes, com idade entre 10 e 15 anos, ainda mostra que 75% das meninas e 60% dos meninos já conheciam a utilização do contraceptivo de emergência, conhecido como pílula do dia seguinte, para impedir uma gestação indesejada. (8)

Sendo assim, é de extrema importância que, como profissional de saúde, o farmacêutico ofereça suporte aos pacientes por meio da educação em saúde, aconselhando o uso correto da contracepção de emergência e auxiliando na escolha de um método contraceptivo contínuo, provendo informações claras e confiáveis. Ademais, o farmacêutico se encontra em posição ideal para o acolhimento dessa demanda espontânea em pacientes de todas as idades, reduzindo os riscos da automedicação sem orientação, diminuindo assim as visitas ambulatoriais.

## SINÔNIMOS E DESCRITORES

**DescritoresDecs/MeSh:** Contraceptives, Postcoital, Emergency Contraceptives, Morning After Pill.(9)

**Sinônimos e nomes populares:** Anticoncepcionais de Emergência, Anticoncepcional Pós-Coito, Anticoncepcional de Emergência, Contraceptivo Pós-Coito, Contraceptivo de Emergência, Contraceptivos Pós-Coito, Contraceptivos de Emergência, Pílula do Dia Seguinte. (9)

### **CID-10 Incluídos nesta diretriz:**

⇒Z30.4 Supervisão do uso de medicamentos anticoncepcionais. ⇒Z30.0 Aconselhamento geral sobre contracepção.

**CID-10 Relacionados, mas não incluídos nesta diretriz:**

⇒Z30.8 Outro procedimento anticoncepcional.

⇒Z30.9 Procedimento anticoncepcional não especificado.

**OBJETIVOS DO CUIDADO FARMACÊUTICO**

1. Educar os pacientes sobre contraceção, incluindo CE, em consultas de saúde de rotina. (12)
2. Educar sobre o mecanismo de ação da contraceção de emergência, o que, muitas vezes, ajuda a responder as dúvidas ou preocupações de pacientes individuais. Entre os tópicos que devem ser esclarecidos para as usuárias, podemos citar: a) o conceito básico de possibilidade de evitar a gravidez após a relação sexual; b) tempo disponível para iniciar o método; c) destacar que o método não induz a sangramento após o uso e, sendo assim, não é indicado a situações de atraso menstrual; d) dar informação sobre marcas comerciais disponíveis e forma de uso, em prescrição médica ou material educativo; e) a indicação de uma referência acessível para obter a prescrição da CE ou tratar possíveis reações adversas; f) a informação de que a CE não a protege nas relações sexuais subsequente, dessa forma, abstinência ou método de barreira são recomendados até a próxima menstruação, quando deverá começar o uso de um método anticonceptivo de rotina; g) o alerta de que a CE não protege das infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e nem do vírus da imunodeficiência adquirida (HIV); h) incentivar o uso do preservativo como dupla proteção, sempre que possível e indicado; i) esclarecer que o uso repetitivo da CE é menos eficaz na gravidez do que os métodos anticonceptivos de rotina; j) a informação de que a CE pode causar efeitos colaterais e como proceder com seu manejo; k) a informação de que a ausência de contraindicações não se aplica para o uso repetitivo do método. (5, 6)

3. Falar sobre qual método contraceptivo (hormonal ou não) é apropriado a cada mulher, em cada fase de seu ciclo de vida e em condições específicas de parceria sexual (ocasional, estável, múltiplas). (7)
4. Ajudar na transferência da CE para um método contraceptivo contínuo: as mulheres que necessitam de uso frequente de CE também devem ser aconselhadas sobre métodos eficazes de contracepção contínua que não requerem atenção frequente. (12)
5. Enfatizar os efeitos colaterais do levonorgestrel, seu manejo para alcançar a eficácia ideal e como ele não prevenirá IST's. (13)
6. Adotar medidas, em conjunto com o paciente, para que haja adesão correta ao tratamento, levando em conta todas circunstâncias socioeconômicas que amparam ou não tal adesão. (7)

## **CAUSAS E ANAMNESE FARMACÊUTICA**

Como o próprio nome diz, a CE é usada em casos de emergência e/ou imprevistos, em que ocorre relação sexual sem proteção alguma ou comprometimento do método contraceptivo utilizado, acarretando em risco de gravidez indesejada para a paciente. Tendo em vista tais fatos, é de extrema importância, que a pílula do dia seguinte seja tomada o mais rápido possível após o ato sexual, mais precisamente em até 72 horas. Como exemplo de situações em que cabe o uso da contracepção de emergência podemos citar:

- Relações sexuais vaginais desprotegidas a qualquer momento nos últimos cinco dias (120 horas).
- Uso incorreto do método regular de controle de natalidade ou falha do método regular de controle de natalidade nos últimos cinco dias (120 horas). As razões pelas quais um método regular de controle de natalidade pode falhar incluem:
- Um preservativo rompe, escorrega ou não é usado durante todo o sexo.

- Paciente normalmente toma pílulas anticoncepcionais contendo estrogênio e progesterona, mas esqueceu de tomar suas pílulas dois ou mais dias seguidos.
- Paciente toma pílulas anticoncepcionais contendo apenas progestina (chamada de "minipílula") e tomou sua pílula com mais de três horas de atraso.
- Paciente normalmente usa injeções de acetato de medroxiprogesterona de depósito (nome comercial: Depo-Provera), mas está mais de duas semanas atrasada para sua injeção (alguns provedores recomendam contracepção de emergência apenas se você estiver mais de quatro semanas atrasada).
- Um diafragma ou capuz cervical se move, quebra, rasga ou é removido muito cedo.
- Um adesivo de controle de natalidade sai, é removido muito cedo ou é colocado muito tarde.
- Um anel vaginal anticoncepcional sai, é removido muito cedo ou é inserido muito tarde.
- O parceiro sexual não "puxa" ou se retira a tempo e ejacula dentro da vagina da paciente ou em seus órgãos genitais.
- Um comprimido ou filme espermicida (que mata o esperma) não derrete antes do sexo.
- Paciente usa o "método do ritmo/tabelinha" e cometeu um erro ao descobrir o "momento seguro" em seu ciclo, ou faz sexo durante sua "janela fértil" (dias em que é mais provável que conceba).
- O DIU sai acidentalmente.
- A contracepção de emergência também pode ser usada após a agressão sexual, nos casos em que uma pessoa foi forçada a ter relações sexuais desprotegidas contra sua vontade. (10)

A anamnese farmacêutica (**Quadro 1**) deve ser conduzida no sentido de identificar possíveis fatores de risco para o uso da CE, comorbidades, interações medicamentosas, pontos que possam vir a necessitar de mais atenção e dar orientações acerca do manejo correto do contraceptivo de emergência, educação sexual e escolha de um método contraceptivo de uso contínuo. Para tanto, o farmacêutico deve guiar uma conversa com o paciente, com perguntas

assertivas e pontuais, a fim de analisar todos esses pontos e sanar qualquer dúvida que possa surgir, garantindo o uso correto e consciente da CE.

**Quadro 1:** Anamnese farmacêutica em pacientes em uso da Contraceção de Emergência (Adaptação da estratégia INDICO) (3, 10, 11, 12, 13, 14)

Domínio	Perguntas/Investigação	Observações Importantes
<b>I</b> dentificação do Paciente	Qual é a idade do paciente? Já esteve grávida? Possui alguma IST?	O profissional deve estar atento às especificidades de cada tipo de paciente, como por exemplo, anticoncepção na adolescência, na perimenopausa, no pós-parto, no pós-abortamento, no paciente que convive com HIV/AIDS para melhor condução no manejo da contraceção de emergência e escolha de um método contraceptivo contínuo.
<b>P</b> ossíveis causas *	Porque a paciente deseja usar a contraceção de emergência?	<p>Situações que cabem o uso da contraceção de emergência: relações sexuais vaginais desprotegidas a qualquer momento nos últimos cinco dias (120 horas); uso incorreto do método regular de controle de natalidade ou falha do método regular de controle de natalidade nos últimos cinco dias (120 horas); após a agressão sexual, nos casos em que uma pessoa foi forçada a ter relações sexuais desprotegidas contra sua vontade.</p> <p>*Uma relação sexual ocorrida durante o período em que a mulher esqueceu de tomar o contraceptivo comum pode aumentar o risco de gravidez, dependendo da dose e do número de pílulas esquecidas. Se a pílula tem 30-35 µg de etinilestradiol: (1) Esqueceu 1 ou 2 pílulas seguidas: tomar a pílula esquecida assim que possível e continuar tomando a cartela. Não é necessário proteção anticoncepcional adicional. (2) Esqueceu 3 ou mais pílulas seguidas: tomar uma pílula esquecida assim que lembrar, descartar as demais pílulas esquecidas, e continuar tomando a cartela até o final. Deverá usar preservativos ou evitar relações sexuais até que tenha tomado a pílula durante 7 dias consecutivos. Se teve relações sexuais durante o período de esquecimento da pílula deverá usar contraceção de emergência. Se a pílula tem 20 µg de etinilestradiol ou menos: (1) Se esqueceu de tomar uma pílula: tomar a pílula esquecida assim que possível e continuar tomando a cartela. Não é necessário proteção anticoncepcional adicional. (1) Se esqueceu de tomar duas pílulas seguidas: tomar uma pílula esquecida assim que lembrar, descartar as demais pílulas esquecidas, e continuar tomando a cartela até o final. Deverá usar preservativos ou evitar relações sexuais até que tenha tomado a pílula durante 7 dias consecutivos. Se teve relações sexuais durante</p>



		o período de esquecimento da pílula deverá usar contracepção de emergência.
<b>D</b> uração	Quando foi a relação sexual?	Deve-se iniciar a contracepção de emergência o mais rápido possível após a relação sexual desprotegida, pois a eficácia diminui com o aumento do atraso entre a relação sexual e o tratamento (não é eficaz após a implantação). Regimes de levonorgestrel são considerados mais eficazes quando administrado dentro de 72 horas (3 dias) após a relação sexual, mas, pode ser eficaz até 96 horas após a relação sexual.
<b>O</b> utros métodos contraceptivos	Faz uso de outro método contraceptivo? Você usou este contraceptivo de forma consistente (especialmente se estiver usando contraceptivos orais ou métodos de barreira)?	Métodos contraceptivos existentes: implante, vasectomia, DIU com levonorgestrel, esterilização feminina, DIU com cobre, anticoncepcional injetável mensal, anticoncepcional injetável trimestral, pílula combinada, pílula só de progestágeno, adesivo combinado, anel vaginla combinado, preservativo masculino, preservativo feminino, tabelinha, diafragma com espermicida, espermicida.
<b>C</b> omorbidades	Se encaixa em alguma das contraindicações para o uso de contracepção de emergência?	As contraindicações incluem: alergia, hipersensibilidade, doença hepática grave, gravidez e interações medicamentosas com medicamentos indutores de enzimas hepáticas.
<b>O</b> utras	Quando começou sua última menstruação? Qual é a intensidade do fluxo?	Para descartar possível gravidez, é indicado saber se a menstruação do paciente está atrasada, e, qual é a intensidade do fluxo (para informar sobre possíveis alterações no mesmo, decorrente do uso da CE).
<b>C</b> aso não faça uso de nenhum outro método contraceptivo	Você gostaria de estar grávida no próximo ano?	Caso não, informar sobre os métodos disponíveis e como funciona cada um.
<b>I</b> nteração Medicamentosa	Faz uso de algum medicamento?	Interações medicamentosas: (1) Medicamentos que podem diminuir o efeito terapêutico das progestinas: acitretina, anticoagulantes, agentes antidiabéticos, barbitúricos, carbamazepina, fosfenitoína, griseofulvina, mifepristona, fenitoína, primidona, derivados de ácido retinóico e erva de São João. (2) Medicamentos que podem diminuir a concentração sérica de progestágenos: aprepitanto, arteméter, bexaroteno, sequestrantes de ácidos biliares, bosentana, brigatinibe, clobazam, indutores CYP3A4, dabrafenibe, darunavir, efavirenz, encorafenibe, eslicarbazepina, exenatida, felbamato, fosaprepitanto, ixazomibe, lamotrigina, lesinurad, lixisenatida, lopinavir, lorlatinib, lumacaftor, metreleptina, micofenolato, nelfinavir, nevirapina, oxcarbazepina, perampanel, derivados de rifamicina, saquinavir, sugamadex e topiramato. (3) Medicamentos que podem aumentar a concentração sérica de progestágenos: atazanavir, cobicistate, tipranavir e voriconazol. (4) Medicamentos que podem aumentar o efeito trombogênico das progestinas: inibidores de C1 e carfilzomibe.

## **PROMOÇÃO DA SAÚDE E OUTRAS INTERVENÇÕES NÃO-FARMACOLÓGICAS**

É importante ressaltar que não se deve fazer uso da CE como método regular de anticoncepção, já que o seu uso repetitivo ocasiona transtornos menstruais, dificultando a identificação das fases do ciclo e os efeitos adversos são mais prevalentes do que para qualquer outro método hormonal. Por isso, o ideal é a educação sexual da paciente e a escolha de um método contraceptivo contínuo. (5,14) Para manter a saúde sexual e reprodutiva, as pacientes precisam ter acesso a informações precisas e ao método contraceptivo seguro, eficaz, acessível e aceitável de sua escolha. O acesso a essas informações pode ser feito por meio de aconselhamento liderado por pares, incluindo educadores que fornecem informações e aconselhamento por meio de sessões individuais, palestras e apresentações em grupo e distribuição de materiais educativos impressos, com ênfase principal na anatomia e fisiologia masculina e feminina do sistema reprodutivo, precauções preventivas contra IST's, métodos de planejamento familiar, habilidades de comunicação, orgulho étnico e de gênero, habilidades de uso de preservativos e relacionamentos saudáveis.(15)

Esse empoderamento das pacientes é muito importante, pois, assim podem desenvolver a “alfabetização em saúde”, definida como a “capacidade de obter, processar e compreender informações e serviços básicos de saúde necessários para tomar decisões de saúde apropriadas”. Estudos sugerem que a alfabetização em saúde desempenha um papel importante na saúde reprodutiva das mulheres em vários contextos-chave, incluindo contracepção (maior chance de uso e uso correto), fertilidade, triagem pré-natal e saúde sexual. (16,17)

Além disso, observa-se a necessidade de fortalecer as ações de educação em saúde sexual nas escolas, pois este é um ambiente adequado à promoção da saúde, uma vez que adolescentes são grande parte das usuárias de CE. Estudos revelaram que parte das adolescentes nunca participou de conversas sobre contracepção nas escolas e disse ter informação de forma esporádica pelo professor de Ciências. A escola é um ambiente propício para os adolescentes

obterem estas informações, que devem ser integradas com os profissionais da saúde, pois os educadores, na maioria das vezes, não estão informados sobre o assunto. (18)

Na Atenção Básica, a atuação dos profissionais de saúde, no que se refere ao planejamento reprodutivo, envolve, principalmente, três tipos de atividades: Aconselhamento; Atividades educativas e Atividades clínicas. Deve-se ainda promover a interação dos membros da equipe de saúde, de forma a permitir uma atuação multidisciplinar. (14,19) O aconselhamento é um diálogo baseado em uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o indivíduo ou casal, que busca dar à pessoa condições para que analise suas próprias circunstâncias, tome decisões sobre ter ou não filhos e sobre os recursos a serem utilizados para concretizar suas escolhas, considerando o que seja mais adequado à sua realidade e à prática do sexo seguro. Essa prática pressupõe: (14,19)

- Acolhimento da demanda da pessoa ou casal, entendida como suas necessidades, curiosidades, dúvidas, preocupações, medos e angústias, relacionadas às questões de sexualidade, planejamento reprodutivo e prevenção das ISTs;
- Identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal e suas ideias, desejos ou não desejos em relação a ter ou não ter filhos;
- Abordagem proativa com questionamentos sobre a atividade sexual;
- Avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal, para a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e outras ISTs;
- Compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal.

Já as atividades educativas são necessárias para a qualidade da atenção prestada. Têm como objetivo oferecer às pessoas os conhecimentos essenciais para a escolha livre e informada. Propicia a reflexão sobre os temas relacionados à sexualidade e à reprodução. (14,19)

E, voltadas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva, as atividades clínicas devem ser realizadas visando a promoção, a proteção e a recuperação da saúde. Elas devem inserir-se na perspectiva da atenção integral à saúde. As atividades clínicas devem incluir: (14,19)

- Anamnese;
- Exame físico;
- Identificação das necessidades individuais e/ou do casal, incentivando a livre expressão dos sentimentos e dúvidas quanto à sexualidade e à saúde reprodutiva;
- Identificação de dificuldades quanto às relações sexuais;
- Orientação para prevenção de IST, com incentivo à dupla proteção;
- Orientação para a escolha dos recursos à anticoncepção, incentivando a participação ativa na decisão individual ou do casal;
- Prescrição e oferta do método escolhido;
- Acompanhamento da pessoa ou do casal.

A atenção em anticoncepção tem como premissa a prestação de informações, aconselhamento, acompanhamento clínico e de uma gama de métodos e técnicas de contracepção cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada. É muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida. (14)

A prevenção simultânea das ISTs e gravidez foi definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como dupla proteção. Baseia-se no uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional, tendo como objetivo promover, simultaneamente, a prevenção da gravidez e a prevenção de ISTs. No cenário mundial, de índices elevados de ISTs, é de suma importância a estratégia de enfatizar a adoção da dupla

proteção, que deve ser feita usando um método anticoncepcional (pílula, injetável, dispositivo intrauterino – DIU –, diafragma, laqueadura tubária, vasectomia, entre outros) associado ao preservativo masculino ou feminino, em todas as relações sexuais. (14)

O profissional deve estar atento às especificidades de cada tipo de paciente, como por exemplo, anticoncepção na adolescência, na perimenopausa, no pós-parto, no pós-abortamento, no paciente que convive com HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana), etc.

Atualmente, os métodos contraceptivos existentes são classificados em: (14)

#### 1 - Temporários (reversíveis)

##### a. Hormonais

- Orais: Combinados; Monofásicos; Bifásicos; Trifásicos; Minipílulas;
- Injetáveis: Mensais; Trimestrais;
- Implantes subcutâneos;
- Percutâneos: Adesivos;
- Vaginais: Comprimidos; Anel;
- Sistema liberador de levonorgestrel (SIU).

##### b. Barreira

- Feminino: Diafragma; Espermaticida; Esponjas; Capuz cervical; Preservativo feminino;
- Masculino: Preservativo masculino.

##### c. Intrauterinos

- DIU de cobre e DIU com levonorgestrel.

##### d. Comportamentais ou naturais

- Tabela ou calendário (Ogino-Knaus);
- Curva térmica basal ou de temperatura;
- Sintotérmico Billings (muco cervical);
- Coito interrompido;

- Duchas vaginais.

## 2 - Definitivos (esterilização)

### a. Métodos cirúrgicos

- Feminino (laqueadura);
- Masculino (vasectomia).

Os métodos anticoncepcionais reversíveis oferecidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) são: (14)

- Pílula combinada de baixa dosagem (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg);
- Minipílula (noretisterona 0,35 mg);
- Pílula anticoncepcional de emergência (levonorgestrel 0,75 mg);
- Injetável mensal (enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg);
- Injetável trimestral (acetato de medroxiprogesterona 150 mg);
- Preservativo masculino e feminino;
- Diafragma;
- DIU.

É fundamental discutir o conceito de escolha livre e informada. Embora o orientador deva estar disposto a aceitar a preferência da usuária por um determinado método, é importante garantir que essa decisão seja tomada com base em informações corretas, atualizadas e completas. (14)



Em termos da elegibilidade dos métodos anticoncepcionais, são considerados os seguintes critérios: (1) Eficácia (custo-benefício do método): refere-se ao potencial do método em prevenir gravidez; (2) Efeitos secundários (ação no organismo; possíveis efeitos adversos; riscos e benefícios para a saúde; sinais e sintomas que exijam retorno ao médico); (3) Aceitabilidade; (4) Disponibilidade; (5) Facilidade de uso; (6) Reversibilidade (tempo de retorno à fertilidade após a interrupção do método); (7) Proteção contra IST'S. Nesse sentido,

homens, mulheres ou casais devem ser orientados a compreender todas essas informações e discutir o melhor método contraceptivo para sua situação com um profissional de saúde ao realizar o aconselhamento pré-concepcional. (14)

Para estabelecer a conveniência ou restrição ao uso de um método anticoncepcional, os mesmos são classificados em uma das 4 categorias seguintes, sendo um (1) o método contraceptivo mais indicado para o paciente e quatro (4), o menos indicado: (19)

- Categoria 1: O método pode ser usado sem restrição;
- Categoria 2: O método pode ser usado com restrições (o método em questão pode ser utilizado com alguma precaução). São situações nas quais as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos. Tais circunstâncias inferem que o método não seja a primeira escolha e, se usado, deve ser acompanhado mais de perto. Quando a usuária apresenta mais de uma condição da categoria 2, em geral o método deve ser considerado de última escolha, de uso excepcional e rigidamente controlado;
- Categoria 3: os riscos de usar esse método superam os benefícios de usá-lo. Quando há uma condição nesta categoria para um determinado método, este deve ser o método de última escolha e, caso seja selecionado, é necessário um acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o). Se a usuária apresenta mais do que uma condição da categoria 3, o método não deve ser usado;
- Categoria 4: O método não deve ser usado porque apresenta um risco inaceitável. Nas ocasiões em que não é possível um acompanhamento rigoroso da usuária, recomenda-se que as condições listadas na categoria 3 sejam consideradas como da categoria 4, ou seja, o método não deve ser usado.

**Quadro 2:** Resumo de evidências das intervenções não-farmacológicas para Contracepção de Emergência (14, 15, 16,17, 19)

CONDUTA	EMBASAMENTO TÉCNICO	GRADE	
		Nível de Evidência	Grau de recomendação
<b>EDUCAÇÃO SEXUAL</b>	Estudos sugerem que a alfabetização em saúde desempenha um papel importante na saúde reprodutiva das mulheres em vários contextos-chave, incluindo contracepção (maior chance de uso e uso correto), fertilidade, triagem pré-natal e saúde sexual. Para manter a saúde sexual e reprodutiva, os pacientes precisam ter acesso a informações precisas e a métodos contraceptivos. Eles devem ser informados e capacitados para se protegerem das ISTs. O acesso a essas informações pode ser feito por meio de aconselhamento em sessões individuais, palestras e apresentações em grupo e distribuição de materiais impressos, com ênfase principal na anatomia e fisiologia masculina e feminina do sistema reprodutivo, precauções preventivas contra doenças sexualmente transmissíveis, métodos de planejamento familiar, habilidades de comunicação, orgulho étnico e de gênero, habilidades de uso de preservativos e relacionamentos saudáveis.	Moderada 	Forte 
<b>ESCOLHA DE UM MÉTODO CONTRACEPTIVO CONTÍNUO</b>	Tem como premissa a prestação de informações, aconselhamento, acompanhamento clínico e apresentação de uma gama de métodos e técnicas de contracepção cientificamente aceitos, que não coloquem em risco a vida e a saúde das pessoas, para homens, mulheres, adultos e adolescentes, num contexto de escolha livre e informada. Aqui, é feito um planejamento reprodutivo, que envolve três tipos de atividades: Aconselhamento; Atividades educativas e Atividades clínicas. É muito importante oferecer diferentes opções de métodos anticoncepcionais para todas as etapas da vida reprodutiva, de modo que as pessoas tenham a possibilidade de escolher o método mais apropriado às suas necessidades e circunstâncias de vida. O profissional deve estar atento às especificidades de cada tipo de paciente. Em termos da elegibilidade	Alta 	Forte 



	dos métodos anticoncepcionais, são considerados os seguintes critérios: (1) Eficácia; (2) Efeitos secundários; (3) Aceitabilidade; (4) Disponibilidade; (5) Facilidade de uso; (6) Reversibilidade; e (7) Proteção contra IST's.		
--	--	--	--

Fonte: autoria própria

## INTERVENÇÕES FARMACOLÓGICAS

Os métodos de CE incluem DIU de cobre e diferentes tipos de pílulas, como pílula combinada de estrogênio e progestina (Regime de Yuzpe), pílula apenas de progestina (Levonorgestrel), pílula antiprogestina (Mifepristone) e modulador de progesterona Acetato de Ulipristal (UPA). Há uma diferença no mecanismo de ação, eficácia, incluindo período de tempo e capacidade de proteger da gravidez com doses regulares em mulheres obesas, interações medicamentosas e efeitos colaterais. (20)

O DIU de cobre é o CE mais eficaz com a vantagem de fornecer contracepção contínua. No entanto, não pode ser utilizado universalmente devido à falta de infraestrutura e de um profissional capacitado, além de não ser opção adequada para mulheres em risco de IST's. Entre as diferentes pílulas, o levonorgestrel é mais eficaz e com menos efeitos colaterais do que o regime de Yuzpe. Levonorgestrel e UPA são comparáveis com eficácia semelhante e perfil de efeitos colaterais. A UPA tem uma janela de eficácia mais ampla, já a eficácia do levonorgestrel diminui após 72 horas, sendo a UPA mais indicada para mulheres obesas. A mifepristona é eficaz, mas está registrada como pílula para contracepção de emergência apenas em alguns países e o uso é limitado, pois também é usada como pílula abortiva. O regime de Yuzpe é o menos eficaz de todas as pílulas anticoncepcionais como CE e funciona apenas até 72 horas de sexo desprotegido, sendo mais útil em locais onde os métodos citados não estão disponíveis, pois é facilmente acessível. (20)

Métodos de CE disponíveis no mundo:

- DIU

Disponível no Brasil como método contraceptivo, mas, usado em outros países (como, por exemplo, EUA, Canadá e alguns países europeus) como contracepção de emergência. Pode ser usado o DIU de cobre e o DIU que libera o hormônio progesterona. É o método mais eficaz de CE e pode ser usado por qualquer mulher sem contraindicações ao uso de DIU; oferecer DIU de cobre para mulheres que o solicitarem até 5 dias após relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida; considerado mais eficaz quando inserido dentro de 5 dias (120 horas) após a relação sexual desprotegida, mas pode ser eficaz até 10 dias após a relação sexual ; pode ser inserido até 5 dias após a data mais próxima da ovulação, como: dia 17 em um ciclo de 26 dias; dia 19 em um ciclo de 28 dias; dia 21 em um ciclo de 30 dias; dia 23 em um ciclo de 32 dias. Esse método é atualmente disponível nos EUA, Canadá e alguns países europeus (10, 11, 25)

- Acetato de Ulipristal

O UPA (nome comercial: ella, ellaOne) não é um hormônio, mas funciona impedindo que o hormônio progesterona tenha seu efeito normal na ovulação e no interior do útero. O UPA vem em uma pílula de dose única e pode ser administrado até 120 horas (5 dias) após a relação sexual. Esse método é atualmente disponível nos EUA e em países da Europa. (10,11, 20, 23)

- Mifepristona

É antagonista dos receptores de progesterona. Além de ser usado em alguns países como um eficaz CE, é utilizado como abortivo também. Uma dose única de 10, 25, 50 ou 600 mg de mifepristona é altamente eficaz para CE quando usada dentro de 120 horas após a relação sexual desprotegida. Tem poucos efeitos colaterais a mais do que os outros tratamentos comumente usados, embora com mifepristona haja um atraso maior no aparecimento da próxima

menstruação, e é um efeito dose-dependente, que aparece mais com doses de 600 mg do que quando 10 ou 25 mg são administrados. Esse medicamento é disponível em alguns países como EUA e Rússia, e, em contrapartida é proibido no Canadá. (22, 24, 25)

Métodos de CE disponíveis no Brasil:

- Levonorgestrel

Considerado um contraceptivo de segunda geração derivado da progesterona e da 19-nortesterona, disponível em dose única (sob diversas marcas comerciais) de dois comprimidos orais de levonorgestrel 0,75 mg, tomados com um intervalo de 12 horas entre si ou um comprimido de 1,5 mg. O método funciona interrompendo o ciclo reprodutivo da mulher, ou seja, alterando os fenômenos biológicos que culminam com a concepção, inibindo ou retardando a ovulação e prejudicando a mobilidade dos espermatozoides no útero, por isso seu efeito é anterior à fecundação. O mecanismo de ação que resulta na prevenção da gravidez se dá conforme o momento do ciclo menstrual em que a mulher utiliza o método de emergência. Como o processo de fertilização, por causa da sobrevivência dos espermatozoides, pode levar até 120 horas após a relação sexual, o levonorgestrel deve ser utilizado neste período de, no máximo, cinco dias. Caso se inicie a implantação do óvulo fecundado nas paredes do útero, que ocorre normalmente 5 dias depois da fertilização, o método é ineficaz e não provoca seu descolamento, nem o descolamento das paredes do endométrio, portanto, não é abortivo; a um só tempo seu uso não provoca danos ao feto que esteja em desenvolvimento, nem à gravidez. Como a CE não previne a gravidez para as relações que ocorram depois de seu uso, é indispensável a utilização de outras formas de contracepção para a prevenção da gravidez nas relações sexuais posteriores ao emprego deste método, até que a menstruação ocorra. O levonorgestrel não deve ser usado rotineiramente, pois, reduz a eficácia e aumenta as chances de efeitos colaterais. (4,13,21)



- Yuzpe

Consiste no uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns, à base de hormônios sintéticos (progestogênio associado, ou não, com estrogênio). No caso do uso de pílulas anticoncepcionais orais comuns, é necessária a utilização de mais comprimidos, para que a quantidade da substância tenha o efeito esperado. Porém, esse uso das pílulas anticoncepcionais não deve se tornar habitual e nem ser feito de forma proposital após não uso de contraceptivo regular, pois essa contracepção de emergência apresenta uma taxa de falha maior do que a dos outros métodos anticoncepcionais de uso regular. O Quadro 3 descreve como sua dosagem funciona. (4)

**Quadro 3:** Dosagem método Yuzpe (4)

<b>Dosagem Método Yuzpe</b>	
<b>Pílulas de baixa dosagem</b>	Forma de uso: - 1ª dose (2 comprimidos): tomada logo que possível, depois da relação sexual de risco. - 2ª dose (2 comprimidos): tomada 12 horas depois da primeira dose.
<b>Pílulas de média dosagem</b>	Forma de uso: - 1ª dose (4 comprimidos): tomada logo que possível, depois da relação sexual de risco. - 2ª dose (4 comprimidos): tomada 12 horas depois da primeira dose.
OBS: O uso de doses separadas por intervalos de 12 horas tem o propósito de reduzir os efeitos adversos de mal-estar temporário provocado pelo estrogênio (inexistente na dose única, que contém apenas progestogênio), como enjoo, vômitos e dores de cabeça, também, pelo mesmo motivo, é indicada a ingestão das doses com alimentos.	

**Quadro 4:** Resumo das intervenções farmacológicas para contracepção de emergência

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	USO PADRÃO	ORIENTAÇÕES DO MEDICAMENTO	ALERTAS	GRADE	
					NIVEL DE EVIDÊNCIA	RECOMENDAÇÃO
<p><b>LEVONORGESTREL</b></p> <p><b>+SUS</b></p> <p>\$\$\$\$</p>	<p><b>Comprimido</b></p> <p>0,75mg, 1,5mg</p>	<p><b>MULHERES:</b></p> <p>Medicamento deve ser tomado o mais breve possível após as relações sexuais.</p>	<p>Administrado em dose única ao dia, de no máximo 1,5mg.</p> <p>Tomar no máximo em até 72 horas após a relação sexual.</p> <p>Em caso de vômito no período de 4 horas após a ingestão, tomar novamente a dose.</p>	<p>O medicamento possui alertas de precauções em relação a problemas cardiovasculares, dermatológicos, neurológicos, imunológico, oftálmico, reprodutivo, entre outros.</p> <p>Mulheres com gravidez confirmada.</p> <p>Hipersensibilidade ao princípio ativo.</p> <p>Não deve ser tomado rotineiramente, pois, reduz a eficácia e aumenta as chances de efeitos colaterais.</p>	<p>Moderada</p> 	<p>Forte</p> 

## SINAIS DE ALERTA E ENCAMINHAMENTO

Quando acontecer vômitos nas duas primeiras horas após a administração do levonorgestrel, é recomendável que a dose seja repetida. Se o vômito se repetir após a segunda dose, recomenda-se uma nova dose, agora por via vaginal, que tem boa absorção, e, portanto, igualmente eficaz. A absorção dos anticoncepcionais de emergência pelo epitélio vaginal proporciona níveis semelhantes à absorção oral do levonorgestrel e do método de Yuzpe. Mulheres com histórico de vômitos recorrentes em uso de CE podem ser aconselhadas a optar principalmente pela via vaginal para uso futuro. (5,11) Nenhum dos métodos de CE oferece proteção contra ISTs, sendo assim, pacientes que usam CE devem ser encorajadas a acessar um provedor para aconselhamento e fazer teste de ISTs. (6)

A paciente deve ser aconselhada a consultar um profissional de saúde se após o uso de CE a sua próxima menstruação for diferente da usual, como por exemplo: se for escassa, e isso não corresponder ao seu fluxo normal; não ocorrer dentro de quatro semanas (gravidez é possível); for dolorosa (possibilidade de gravidez ectópica). Porém, é importante ressaltar que a anticoncepção oral de emergência não causa gravidez ectópica. (14) Após o uso de CE, a paciente deve ser informada que a próxima menstruação pode começar um pouco antes ou depois da data esperada. (14)

Para o manejo clínico de intercorrências ou complicações, recomenda-se: (14)

- Náuseas: recomendar à mulher que se alimente logo após ingerir as pílulas; medicamentos antieméticos podem ser ingeridos meia hora antes das pílulas anticoncepcionais de emergência e, depois, a cada 4-6 horas.
- Vômitos: se a mulher vomitar dentro de duas horas após tomar as pílulas, ela deve tomar nova dosagem. Se o vômito ocorrer após esse período, não deve tomar pílulas extras.

**Quadro 5:** Sinais de alerta para encaminhamento de paciente em uso da contracepção de emergência (14, 5, 11)

<b>PALAVRA-CHAVE</b>	<b>SINAIS DE ALERTA</b>
<b>VÔMITOS E NÁUSEAS</b>	Vômitos e náuseas dentro de duas horas após ingerir a(s) pílula(s).
<b>MENSTRUAÇÃO IRREGULAR</b>	Menstruação diferente da usual; menstruação escassa (diferente do normal da paciente); ausência de menstruação dentro de quatro semanas após o uso da contracepção de emergência (possível gravidez); menstruação muito dolorosa (possível gravidez ectópica).

Fonte: autoria própria

### **EVOLUÇÃO, AVALIAÇÃO E MONITORAMENTO**

Nenhum exame clínico ou teste de gravidez é necessário antes de administrar a contracepção hormonal de emergência, porém, se a paciente estiver grávida ou com suspeita de gravidez, a CE não deve ser utilizada. Porém, a história do paciente pode incluir avaliação de: tempo de relação sexual desprotegida; tempo do último período menstrual; detalhes da falha contraceptiva; uso de medicamentos que podem afetar a eficácia contraceptiva. Deve-se considerar o teste para ISTs em todas as mulheres que solicitam contracepção de emergência.

(11)

Para realizar o monitoramento, os exames de rotina com um ginecologista são indicados para a pílula oral combinada de longo prazo para monitorar efeitos colaterais e possível gravidez. O levonorgestrel é metabolizado pelo fígado e está sujeito a comprometimento em pacientes com disfunção hepática. Portanto, o monitoramento dos testes de função hepática no momento da administração pode ser benéfico. Além disso, medicamentos contendo propriedades indutoras de enzimas hepáticas do citocromo p450 CYP3A4 requerem vigilância quando um paciente toma levonorgestrel. Os pacientes podem precisar considerar outro método CE para evitar interações medicamentosas nesses casos. O uso concomitante desses medicamentos indutores de enzimas hepáticas pode resultar em metabolismo rápido, reduzindo a eficácia do levonorgestrel. (13)

## ALGORITMO DE MANEJO

**Figura 1.** Resumo e Algoritmo de manejo para Contraceção de Emergência



Fonte: autoria própria

## METODOLOGIA DE BUSCA E LITERATURA ELEITA/RECOMENDADA

As buscas foram realizadas em Janeiro de 2022 com os termos MeSh e operadores booleanos “Emergency Contraceptives”[Title] OR “Morning After Pill”[Title] AND “Practice Guideline”[Title/Abstract]. Foram realizadas buscas nas bases de síntese de evidências Medscape, Dynamed e Uptodate; nos sites de desenvolvedores de diretrizes National Institute for Health and Care Excellence (NICE), eGuidelines (sem resultados); no site do Ministério da Saúde e Biblioteca Virtual em Saúde; e, por fim, nas bases PubMed, Lilacs, Scielo.



**Quadro 6:** Resumo da literatura utilizada para criação desta diretriz

FONTE	TÍTULO DOS TEXTOS
MEDSCAPE	- Emergency Postcoital Contraceptive
DYNAMED	- Emergency Contraception
UPTODATE	- Patient education: Emergency contraception (Beyond the basic) - Emergency contraception
PUBMED	- Levonorgestrel - Emergency contraception: which is the best? - Mifepristone - Emergency Contraception - Pericoital Oral Contraception With Levonorgestrel: A Systematic Review - Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions - Health Literacy and Women's Reproductive Health: A Systematic Review
LILACS	- Guia de Orientação Profissional de saúde
SCIELO	- Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher
DRUGBANK	- Levonorgestrel
MINISTÉRIO DA SAÚDE, BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE	- Anticoncepção de emergência – Perguntas e respostas para profissionais da saúde - Protocolo para utilização de Levonorgestrel - Cadernos de atenção básica: Saúde sexual e reprodutiva - Assistência em Planejamento Familiar, manual técnico

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guyton A., Hall J. Tratado de Fisiologia médica. 13th ed. 2017.
2. Contanzo L. Fisiologia - 5ª Ed. 2014. 5th ed. 2014.
3. Lefevre F. O profissional de saúde, o adolescente e a contracepção de emergência. São Paulo; 2010.
4. Figueiredo R., Bastos S. Contracepção de Emergência: atualização, abordagem, adoção e impactos em estratégias de DST/AIDS. 2008.
5. Ministério da Saúde. Anticoncepção de Emergência. 2005.
6. Raymond EG, Halpern V, Lopez LM. Pericoital Oral Contraception With Levonorgestrel. *Obstetrics & Gynecology*. 2011 Mar;117(3):673–81.
7. Cristina Vrettakos, Tushar Bajaj. Levonorgestrel. 2021;
8. Conselho Regional de Farmácia. Pílula do dia seguinte. 2013;
9. Health Sciences Descriptors: DeCS. 2017.
10. Batur P, Kransdorf LN, Casey PM. Emergency Contraception. *Mayo Clin Proc*. 2016;91(6):802–7.
11. Dynamed. Contracepção de emergência.
12. Brandão ER. Métodos contraceptivos reversíveis de longa duração no Sistema Único de Saúde: o debate sobre a (in)disciplina da mulher. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2019 Mar;24(3):875–9.
13. Mittal S. Emergency contraception: which is the best? *Minerva Ginecol*. 2016 Dec;68(6):687–99.
14. Daniela Lemos Carcereri, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Heitor Tognoli, Maria Conceição de Oliveira. Atenção Integral à Saúde da Mulher. Especialização Multiprofissional na Atenção Básica. 2016;
15. Kilfoyle KA, Vitko M, O’Conor R, Bailey SC. Health Literacy and Women’s Reproductive Health: A Systematic Review. *Journal of Women’s Health*. 2016 Dec;25(12):1237–55.
16. Seidu AA, Ameyaw EK, Ahinkorah BO, Baatiema L, Dery S, Ankomah A, et al. Sexual and reproductive health education and its association with ever use of contraception: a cross-sectional study among women in urban slums, Accra. *Reproductive Health*. 2022 Dec 15;19(1):7.
17. Queiroz M. Participação de adolescentes em ações educativas sobre saúde sexual e contracepção. *Revista Brasileira de Promoção em Saúde*. 2016;
18. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. Cadernos de atenção básica. 2010;

19. Ministério da Saúde. Assistência em Planejamento Familiar. Normas e manuais técnicos. 2002;
20. Pediatrics. Emergency contraception. American Academy of Pediatrics. 2005;116.
21. Arribas L. Formación médica continuada en atención primaria. 2012;
22. Salam RA, Faqqah A, Sajjad N, Lassi ZS, Das JK, Kaufman M, et al. Improving Adolescent Sexual and Reproductive Health: A Systematic Review of Potential Interventions. Journal of Adolescent Health. 2016 Oct;59(4):S11–28.
- 23- Resumo das características do medicamento - EllaOne. Disponível em: <[https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ellaone-epar-product-information\\_pt.pdf](https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/ellaone-epar-product-information_pt.pdf)> Acesso em: 11 Set. 2022.
- 24 – Medical and Service Delivery Guidance for Contraceptive Pills, Fourth Edition. International Consortium for Emergency Contraception (ICEC), 18 Jan. 2019. Disponível em: <[www.cecinfo.org/updated-medical-service-delivery-guidelines-contraceptive-pills-fourth-edition/](http://www.cecinfo.org/updated-medical-service-delivery-guidelines-contraceptive-pills-fourth-edition/)>. Acesso em:09 Set. 2022.
- 25 – Dunn, S. et al. Emergency contraception. International Journal of Gynecology & Obstetrics, v. 120, n. 1, p. 102–107, 22 nov. 2012.