

PRESCRIÇÃO DE CONTRACEPTIVOS

PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO DE
CONTRACEPTIVOS HORMONAIS
POR FARMACÊUTICOS

PRESCRIÇÃO DE CONTRACEPTIVOS

PROTOCOLO DE PRESCRIÇÃO DE
CONTRACEPTIVOS HORMONAIIS
POR FARMACÊUTICOS

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)

C755 Conselho Federal de Farmácia.

Prescrição de contraceptivos : protocolo de prescrição de contraceptivos hormonais por farmacêuticos / Conselho Federal de Farmácia. — Brasília : CFF, 2024.

Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-87599-53-3

1. Anticoncepcionais – Prescrição - Manuais, guias, etc. 2. Medicamentos - Prescrição. 3. Farmacêuticos - Formação. 4. Farmácia - Prática. 5. Serviços farmacêuticos - Manuais, guias, etc. I. Título.

CDD23: 615 .1

Bibliotecária: Priscila Pena Machado - CRB-7/6971



DIRETORIA

Walter da Silva Jorge João
Presidente

Lenira da Silva Costa
Vice-Presidente

Luiz Gustavo de Freitas Pires
Secretário-Geral

João Samuel de Morais Meira
Tesoureiro

CONSELHEIROS FEDERAIS EFETIVOS

Isabela Sobrinho	AC
Mônica Meira	AL
Jardel Inácio	AM
Carlos André Sena	AP
Altamiro José	BA
Egberto Feitosa	CE
Gilcilene El Chaer	DF
Monalisa Chambella	ES
Ernestina Rocha	GO
Gizelli Santos	MA
Júnia de Medeiros	MG
Márcia Saldanha	MS
José Ricardo Amadio	MT
Walter Jorge João	PA
João Samuel de Morais Meira	PB
José de Arimatea	PE
Luiz José de Oliveira Júnior	PI
Gustavo Pires	PR
Talita Barbosa	RJ
Lenira Costa	RN
Jardel Teixeira	RO
Adonis Motta	RR
Roberto Canquerini	RS
Sarai Hess Harger	SC
Fátima Aragão	SE
Marcos Machado	SP
Martha Franco Ramos	TO

CONSELHEIROS FEDERAIS SUPLENTE

Clayton Alves Pena
João Batista dos Santos Neto
Mie Muroya Guimarães
Márlisson Octávio Rêgo
Edimar Caetité Júnior
José Nilson Ferreira Gomes Neto
Forland Oliveira Silva
Rodrigo Alves do Carmo
Poatã Souza Branco Casonato
Milca Vasconcelos Silva
Gerson Antônio Pianetti
Fabiana Vicente De Paula
Wagner Martins Coelho
Pedro Chaves da Silva Júnior
Patrícia Navarro
Olavo Barbosa Bandeira
Jeórgio Lão Araújo
Mayara Cristiana Celestino de Oliveira
Alex Baiense
Jairo Sotero Nogueira de Souza
Eduardo Margonar Júnior
Erlandson Uchôa Lacerda
Leonel Augusto Morais Almeida
Claudio Laurentino Guimarães
Marcos Cardoso Rios
Antônio Geraldo Ribeiro dos Santos Júnior
Anette Kelsei Partata

AUTORES E ORGANIZADORES

Aline de Fátima Bonetti
Cíntia Caldas Rios
Thaís Teles de Souza
Thiago Afonso Rodrigues Melo
Wallace Entringer Bottacin
Walleri Christini Torelli Reis

REVISÃO FINAL

Aline de Fátima Bonetti
Cíntia Caldas Rios
Thaís Teles de Souza
Thiago Afonso Rodrigues Melo
Wallace Entringer Bottacin
Walleri Christini Torelli Reis

LISTA DE ABREVIACÕES

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ATV – Atazanavir

AVE – Acidente Vascular Encefálico

CDC – Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos

CE – Contracepção de Emergência

CFF – Conselho Federal de Farmácia

CH – Contraceptivo Hormonal

CHC – Contraceptivos Hormonais Combinados

COC – Contraceptivo Oral Combinado

DAC – Doença Arterial Coronariana

DIU–Cu – Dispositivo Intrauterino de Cobre

DMO – Densidade Mineral ssea

DMPA – Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito

EFV – Efavirenz

GLP–1 – Peptídeo–1 semelhante ao glucagon

IAM – Infarto Agudo do Miocárdio

ICSI – Injeção Intracitoplasmática de Espermatozoide

IMC – ndice de Massa Corpórea

IP – Inibidores de Protease

LARC – Contraceptivos Reversíveis de Longa Duração

NHS – Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido

OMS – Organização Mundial de Saúde

PEP – Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PrEP – Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

RAM – Reação adversa a medicamentos

REMUME – Relação Municipal de Medicamentos Essenciais

RENAME – Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

SOP – Síndrome de Ovários Policísticos

SUS – Sistema Único de Saúde

TEV – Tromboembolismo Venoso

TRH – Terapia de Reposição Hormonal

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
ACOLHIMENTO DA DEMANDA	12
ANAMNESE FARMACÊUTICA E AVALIAÇÃO DE RISCO	14
Interações medicamentosas	22
Vantagens e desvantagens no uso de contraceptivos hormonais	25
PLANO DE CUIDADO E PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA.....	27
Escolha do regime de tratamento para contraceptivos orais	33
Regime de 7 dias de pausa	33
Regime de 4 dias de pausa	33
Regime de uso contínuo.....	33
Segurança no uso de contraceptivos hormonais	34
Reações adversas relacionadas ao estrógeno.....	34
Tromboembolismo venoso	34
Náuseas, mastalgias e dores de cabeça	35
Sangramento de escape	35
Reações adversas relacionadas ao progestágeno	37
Alterações no peso corporal	37
Impacto sobre o ciclo menstrual	37
Efeitos cardiovasculares	37
Libido e desempenho sexual	38
Alterações na densidade mineral óssea	38
Retorno da fertilidade.....	38

Contracepção de emergência	41
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	43
REFERÊNCIAS	45
APÊNDICES	54
APÊNDICE 1	54
APÊNDICE 2	57
APÊNDICE 3	64

INTRODUÇÃO

A promoção dos direitos reprodutivos femininos é fundamental para a autonomia e o bem-estar das mulheres, garantindo-lhes o controle sobre suas próprias escolhas reprodutivas e sexuais. O acesso facilitado a contraceptivos hormonais (CH) é um componente essencial desta autonomia, permitindo que as mulheres planejem suas famílias e previnam a gravidez indesejada de maneira eficaz. Em diversos países, incluindo Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Austrália e Nova Zelândia, os CHI são amplamente acessíveis, frequentemente mediante prescrição simplificada por farmacêuticos ou até mesmo vendidos livremente (Kooner et al., 2023; Soon et al., 2021; Grindlay et al., 2013). Este protocolo visa alinhar o Brasil com essas práticas internacionais, assegurando que as mulheres brasileiras tenham acesso igualmente facilitado a métodos contraceptivos seguros e eficazes.

Desde 2013, com a implementação das resoluções nº 585 e 586 do Conselho Federal de Farmácia (CFF), os farmacêuticos no Brasil conquistaram importantes prerrogativas na prescrição de medicamentos, consolidando seu papel crucial no sistema de saúde. Ademais, no contexto da prevenção da gravidez, a prescrição de CH não requer um diagnóstico médico prévio. Este princípio é semelhante ao que se observa na prescrição de profilaxia pré-exposição (PrEP) e profilaxia pós-exposição (PEP) para a infecção pelo HIV, no qual os farmacêuticos desempenham um papel fundamental na orientação e fornecimento de terapias preventivas, ampliando o acesso a cuidados de saúde essenciais e promovendo a autonomia dos pacientes em suas decisões de saúde (CFF, 2021).

A prescrição farmacêutica de CH é um tema que tem ganhado relevância mundialmente, refletindo mudanças significativas nas políticas de saúde e na valorização do papel dos farmacêuticos. Tradicionalmente, a prescrição de contraceptivos era restrita aos médicos, mas nos últimos anos, muitos países começaram a permitir que farmacêuticos prescrevessem esses medicamentos, visando melhorar o acesso e a conveniência para as pacientes (Whalen et al., 2024).

Nos Estados Unidos, a prática começou a ganhar força no início dos anos 2000 e atualmente, vários estados permitem que farmacêuticos prescrevam CH diretamente às pacientes. Estados como Califórnia, Oregon, Colorado e Novo México estão entre os

pioneiros nessa mudança. Desde 2016, os farmacêuticos na Califórnia podem prescrever CH após uma avaliação de saúde, o que tem melhorado significativamente o acesso, especialmente em áreas rurais e subatendidas (Campi et al., 2024; Kooner et al., 2023).

No Canadá, as províncias de Alberta e Ontário têm liderado a implementação de políticas semelhantes. Em Alberta, os farmacêuticos podem prescrever contraceptivos desde 2012, após a realização de uma avaliação completa da paciente, facilitando o acesso e a adesão ao tratamento (Navarrete et al., 2022).

No Reino Unido, a prática de prescrição por farmacêuticos é bem estabelecida. Os farmacêuticos independentes podem prescrever CH como parte de seus serviços de saúde pública, uma política que visa reduzir a pressão sobre os médicos do NHS (National Health Service) e proporcionar maior conveniência às pacientes (Thayer et al., 2022)

Paralelamente, a Nova Zelândia também adotou essa prática. Os farmacêuticos podem prescrever contraceptivos orais combinados (COC) e outros métodos após um treinamento específico e uma avaliação de saúde da paciente, aumentando a acessibilidade e a conveniência (New Zealand Gazette, 2022).

Na Austrália, a prescrição de CH por farmacêuticos é permitida em alguns estados e territórios. Em Queensland, por exemplo, farmacêuticos treinados podem prescrever CH, um esforço para melhorar o acesso aos cuidados de saúde em áreas remotas (Queensland Government, 2024).

Por sua vez, no Brasil, já existe um serviço que realiza a prescrição farmacêutica de CH por meio de acordo de colaboração e protocolo, como é o caso da Farmácia Escola da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), que desde 2020 realiza prescrições farmacêuticas baseadas na RDC nº 585 e nº 586 do CFF (Melo, 2020).

Dessa forma, a prescrição farmacêutica de CH está se expandindo globalmente, com vários países e estados adotando políticas que permitem aos farmacêuticos desempenhar um papel mais ativo na saúde reprodutiva. Essa tendência não só melhora o acesso aos cuidados de saúde, mas também promove uma abordagem mais integrada e colaborativa para o planejamento familiar e à saúde pública. Com a adoção crescente dessa prática, os benefícios para a saúde das mulheres são evidentes, proporcionando um modelo de cuidado mais acessível e eficaz.

Outrossim, os farmacêuticos são profissionais qualificados, possuem formação em farmacoterapia, farmacologia, fisiologia, prescrição, semiologia e comunicação, tornando-os plenamente capacitados para avaliar a adequação de CH para as pacientes que desejam prevenir uma gestação. Além disso, a educação continuada é uma premissa para a prática do farmacêutico no Brasil, garantindo que os profissionais estejam sempre atualizados com as mais recentes evidências científicas e diretrizes clínicas (CFF, 2013).

No que tange à segurança do paciente, este protocolo estabelece critérios rigorosos para a prescrição de CH pelos farmacêuticos, incluindo a realização de uma anamnese

detalhada e padronizada para identificar possíveis contraindicações e fatores de risco. Este processo de anamnese inclui a avaliação de histórico clínico, estilo de vida, histórico farmacoterapêutico, fatores de risco, preferências e necessidades específicas que possam contraindicar o uso de CH, garantindo um alto nível de segurança para os pacientes e profissionais.

É importante ressaltar que este protocolo de prescrição farmacêutica de CH se limita à prevenção da gravidez, não incluindo diagnósticos ou tratamentos de condições de saúde subjacentes, como endometriose, síndrome dos ovários policísticos (SOP) ou terapia de reposição hormonal (TRH). Caso tais condições sejam identificadas durante a consulta, os farmacêuticos deverão encaminhar as pacientes a outros profissionais de saúde para diagnóstico apropriado, promovendo uma abordagem colaborativa e integrada de cuidado à saúde da mulher. Além disso, este protocolo prevê diretrizes claras para o encaminhamento a outros serviços de saúde em casos de complicações, garantindo uma rede de segurança robusta para as pacientes. No Apêndice 1, estão descritos os CH utilizados para outras condições clínicas que não a contraceção; portanto, o farmacêutico não poderá prescrevê-los.

Adicionalmente, a atribuição de funções no cuidado à saúde deve ser adaptada às necessidades da população, refletindo as melhores práticas. A prescrição de CH por farmacêuticos se mostrou segura e eficaz, ampliando o acesso ao cuidado e melhorando os desfechos na saúde reprodutiva em diversos países, conforme supracitado. A harmonização dos padrões de prática clínica é assegurada por este protocolo, que se baseia em diretrizes internacionais e em evidências científicas robustas, promovendo consistência e qualidade no cuidado à saúde reprodutiva das mulheres.

A implantação deste protocolo de prescrição farmacêutica de CH alinha o Brasil com práticas internacionais de sucesso e garante um acesso mais amplo e seguro aos métodos contraceptivos. A capacitação e o papel crítico dos farmacêuticos no Sistema Único de Saúde (SUS), saúde suplementar e no consultório particular tornam esta medida não apenas viável, mas necessária para o aprimoramento do cuidado à saúde das mulheres.

ACOLHIMENTO DA DEMANDA

O acolhimento da paciente é uma etapa fundamental do processo de cuidado e é essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica eficaz. Esta prática envolve uma abordagem humanizada e empática, criando um ambiente propício para que a paciente se sinta confortável em discutir suas necessidades, dúvidas e preocupações (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

Durante a consulta farmacêutica para a avaliação e prescrição de CH, o acolhimento deve ser personalizado, considerando a individualidade de cada paciente. Isso inclui a avaliação do histórico clínico, estilo de vida, histórico farmacoterapêutico, fatores de risco, preferências e necessidades específicas. Quando necessário, o farmacêutico deve encaminhar a paciente para uma avaliação médica. A prática da escuta ativa é fundamental, permitindo que a paciente se expresse livremente e contribuindo para uma melhor compreensão de suas expectativas e objetivos (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

No início do acolhimento, o farmacêutico deve se apresentar à paciente, explicar o propósito da consulta, esclarecendo que o atendimento visa a escolha do CH para prevenção de gravidez, escutar atentamente a paciente e acolher suas preocupações, crenças e necessidades relacionadas ao uso de CH. Também deve conversar sobre outros métodos contraceptivos e suas vantagens e desvantagens, conforme Apêndice 3. Este processo é crucial para garantir que a paciente receba informações claras e suporte adequado para tomar uma decisão informada e segura sobre o uso desses medicamentos (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

O acolhimento na consulta farmacêutica para a prescrição de CH é essencial para promover a saúde e o bem-estar da paciente, além de fortalecer a relação de confiança com o profissional. Esta abordagem humanizada e centrada na paciente contribui para um cuidado mais eficaz e satisfatório, assegurando que suas necessidades e expectativas sejam

plenamente atendidas (CFF, 2013a; CFF, 2013b). A Figura 1 apresenta as principais partes do acolhimento.

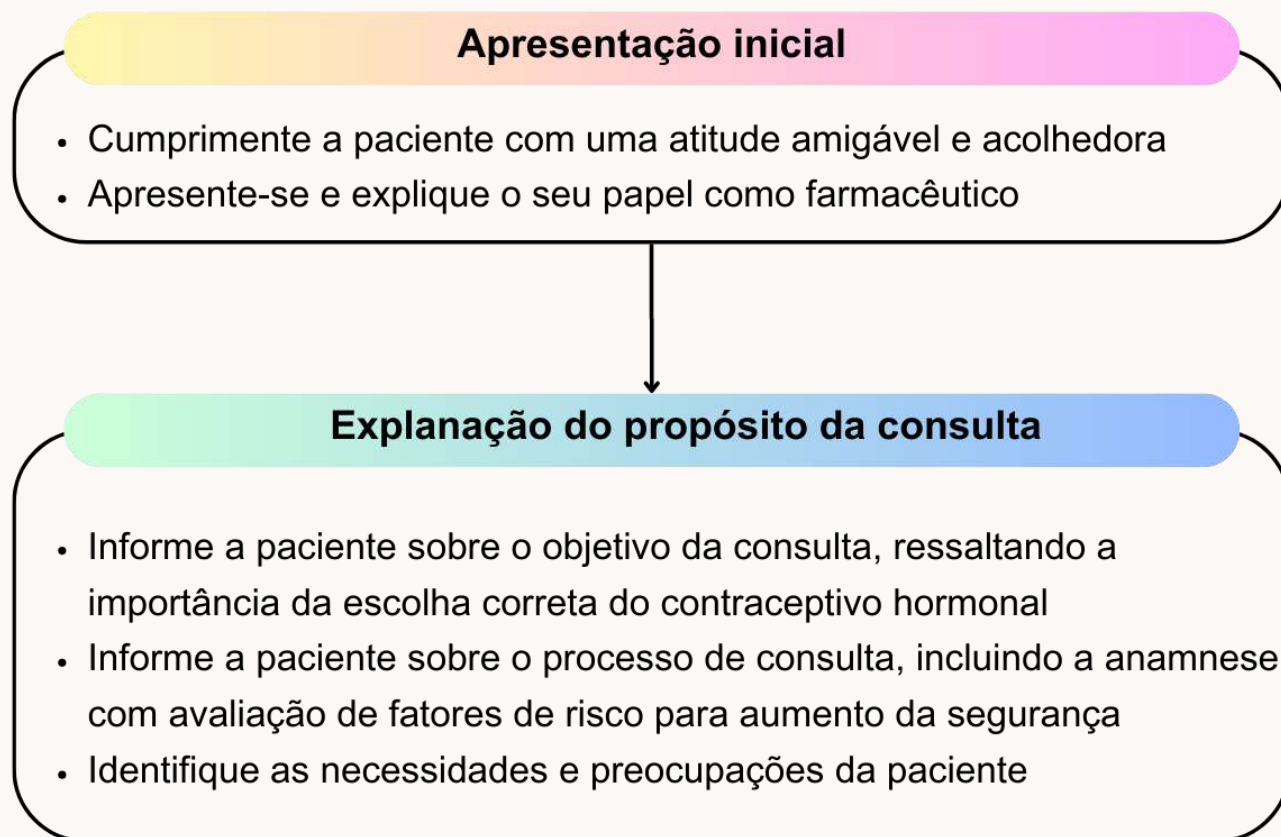


Figura 1 – Acolhimento da demanda relacionada ao uso de CH. Fonte: CFF, 2024.

ANAMNESE FARMACÊUTICA E AVALIAÇÃO DE RISCO

A prescrição de CH deve ser exclusivamente direcionada à prevenção da gravidez. Durante o processo de escolha do método contraceptivo hormonal, o farmacêutico deve realizar uma avaliação criteriosa que leve em consideração os riscos associados a cada opção, bem como a racionalidade da prescrição em comparação com outros métodos contraceptivos, como os métodos de barreira e a eventual necessidade de encaminhamento para avaliação médica (CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015).

O primeiro passo na anamnese farmacêutica tem como objetivo principal a realização de uma avaliação completa da saúde da paciente. Isso inclui a coleta detalhada do histórico clínico, estilo de vida, histórico farmacoterapêutico, fatores de risco, preferências, necessidades específicas, doenças hereditárias e quaisquer eventos de saúde relevantes que possam influenciar a escolha do contraceptivo. O farmacêutico deve ter em mente que a identificação de possíveis contraindicações ao uso de CH é crucial; o farmacêutico deve estar atento a históricos de trombose, doenças cardiovasculares, hipertensão descompensada e enxaqueca com aura, entre outras condições que possam aumentar o risco de efeitos adversos graves e que precisam ser aprofundadas no plano de cuidado (CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015).

O histórico farmacoterapêutico da paciente é um componente essencial da anamnese e inclui a revisão do uso atual e anterior de medicamentos, incluindo de CH, para identificar possíveis interações medicamentosas, contraindicações e avaliar a efetividade e tolerabilidade de métodos contraceptivos utilizados anteriormente (CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015).

A avaliação de fatores de risco adicionais, como tabagismo, obesidade, sedentarismo e histórico familiar também é uma etapa importante, pois esses fatores podem influenciar tanto a escolha quanto a segurança no uso de CH. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza a classificação de risco de acordo com uma escala de 1 a 4, sendo que 1 não indica restrição, 2 os benefícios superam os riscos, 3 e 4 indicam a necessidade de uma avaliação pormenorizada, pois os riscos podem superar os benefícios. De forma didática, no presente protocolo, essa escala de risco foi simplificada quanto a presença ou não de um determinado fator de risco. Quando critérios 1 e 2 são identificados, não existem contraindicações para prescrição pelo farmacêutico, já quando os critérios 3 e 4 são identificados, o farmacêutico não deve conduzir a prescrição e, caso a paciente queira utilizar outro método contraceptivo, ela deve ser encaminhada ao médico para avaliação de outros métodos, como o uso contraceptivos reversíveis de longa duração (LARC) por exemplo (CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015).

Durante a consulta farmacêutica, é fundamental discutir as preferências pessoais da paciente e seu estilo de vida, considerando que esses aspectos podem afetar a escolha do método contraceptivo. Questões como a conveniência de uso, frequência de administração e efeitos sobre o ciclo menstrual devem ser abordadas para garantir que a escolha do contraceptivo seja a mais adequada para a paciente. Por isso, essas informações devem fazer parte da coleta de dados na anamnese farmacêutica (CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015; Allen, 2024).

Após a conclusão da anamnese, o farmacêutico deve encaminhar a paciente para uma avaliação médica complementar caso identifique essa necessidade, especialmente se houver dúvidas sobre a segurança do uso de CH ou se forem identificadas condições que requeiram tal avaliação. Um checklist para avaliação farmacêutica de CH, bem como a avaliação de risco e correlação com a prescrição destes medicamentos estão disponíveis nos quadros 1 e 2, respectivamente (CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015; Allen, 2024).

Inicialmente, a paciente será submetida às perguntas presentes no Quadro 1. Após levantar as informações gerais, história clínica e fatores de risco, tais informações serão consideradas no Quadro 2, que trarão a possibilidade de prescrição do contraceptivo por farmacêuticos. Por exemplo, ao identificar durante a anamnese que a paciente possui o diagnóstico de hipertensão arterial, o farmacêutico deve consultar o Quadro 2 para verificar quais as recomendações de contracepção para essa paciente. As condições de saúde não presentes no referido quadro, mas que levantam dúvidas quanto à segurança no uso de CH podem ser consultadas no *Summary Chart of US. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* do Centro de Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos (CDC, 2015).

Quadro 1 – Checklist para anamnese farmacêutica antes da prescrição de CH.

INFORMAÇÕES GERAIS			
Nome da paciente:			Data: / /
Peso:	Altura:	IMC:	
Domínio	Pergunta	Resposta	Observação
1	Você acha que pode estar grávida agora?	()Sim ()Não	Se não, continue checklist. Se sim, oferecer teste de gravidez.
	Você gostaria de fazer um teste de gravidez agora?	()Sim ()Não	Se sim, orientar teste rápido.
2	Já fez uso prévio de contraceptivos hormonais?	()Sim ()Não	Verificar a experiência da paciente e considerá-la na escolha terapêutica.
3	Tem alergia a algum medicamento?	()Sim ()Não	Avaliar alergias específicas para definição de conduta.
	Se sim, qual(is)?		
4	Você já teve alguma reação desagradável a algum contraceptivo?	()Sim ()Não	Avaliar reações adversas, estrogênicas e progestagênicas para definição de conduta.
	Se sim, qual(is)?		
5	Você está usando algum método contraceptivo agora?	()Sim ()Não	Se sim, avaliar a satisfação da paciente.
	Deseja realizar a troca do método contraceptivo?	()Sim ()Não	Avaliar a possibilidade de troca, de acordo com as características e preferências da paciente. Ponderar riscos e contraindicações na escolha terapêutica.

HISTÓRIA CLÍNICA

6	Algum profissional de saúde já recomendou que não utilizasse contraceptivos hormonais?	()Sim ()Não	Se sim, investigar a causa e encaminhar a paciente para avaliação médica.
7	Houve mudança no seu padrão de sangramento menstrual nos últimos meses?	()Sim ()Não	Se sim, investigar a causa e encaminhar a paciente para avaliação médica.
8	Você tem endometriose ou Síndrome de Ovários Policísticos (SOP)?	()Sim ()Não	A presença dessas condições prediz a necessidade de avaliação médica para prescrição.
9	Você fuma?	()Sim ()Não	Se sim, consulte o quadro 2. O cigarro é um importante fator de risco para trombose, especialmente em mulheres com mais de 35 anos.
10	Você deu à luz há menos de 21 dias?	()Sim ()Não	Se sim, evitar o uso de contraceptivo combinado.
11	Você está amamentando atualmente?	()Sim ()Não	Evitar o uso de contraceptivos combinados em mulheres que estejam amamentando.
12	Você tem Diabetes?	()Sim ()Não	Se sim, veja o quadro de risco (Quadro 2).
13	Você tem Enxaqueca?	()Sim ()Não	Se sim, avaliar a presença de aura, conforme a pergunta seguinte.
	Se sim, a sua enxaqueca é acompanhada de Aura (sensações como flashes de luz, tremor visual, pontos cegos, formigamento nas mãos ou rosto, que acontecem antes que a dor de cabeça comece)?	()Sim ()Não	Enxaqueca com aura contraindica uso de CHC.
14	Você tem pressão alta (hipertensão)?	()Sim ()Não	Se sim, veja o quadro de risco (Quadro 2).
15	Você já teve um ataque cardíaco ou acidente vascular encefálico, ou foi informada de que tinha alguma doença cardíaca?	()Sim ()Não	Se sim, contraindicar uso de contraceptivos hormonais.

16	Você já teve trombose?	()Sim ()Não	Se sim, contraindicar o uso de contraceptivos combinados.
17	Algum profissional de saúde já lhe disse que você tem risco aumentado de trombose?	()Sim ()Não	Se sim, investigar a causa. Se houver dúvida, encaminhar ao médico.
18	Você passou por uma grande cirurgia recentemente ou planeja fazer uma cirurgia nas próximas 4 semanas?	()Sim ()Não	Se sim, contraindicar o uso de contraceptivos combinados.
19	Você já fez cirurgia bariátrica?	()Sim ()Não	Avaliar o quadro de risco (Quadro 2).
20	Você tem ou já teve câncer de mama?	()Sim ()Não	Evitar uso de contraceptivos hormonais e encaminhar ao médico.
21	Você faz uso crônico de algum medicamento?	()Sim ()Não	Checar quadro de possíveis interações medicamentosas (Quadro 4).
	Se sim, qual(is)?		
22	Você fará alguma viagem longa de avião, onde precisará ficar imóvel por um longo período (>4h)?	()Sim ()Não	Orientar a paciente sobre as medidas não farmacológicas para evitar risco de trombose.

LEGENDA: CHC – contraceptivo hormonal combinado, compostos por um componente estrogênico e um progestagênico, incluindo os contraceptivos orais e as formulações injetáveis; IMC – índice de massa corporal. Fonte: CFF, 2024. Referências: CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015.

Quadro 2 – Avaliação de risco e sua relação com a prescrição de CH.

Característica / Condição	Risco associado	O uso de CHC é recomendado?	O uso de progestina isolada é recomendado?
Amamentação	Considerando que o estrógeno pode interferir na produção do leite, recomenda-se o uso de progestina isolada em mulheres que estejam amamentando.	Não	Sim

Diabetes	O uso de CHC deve ser desaconselhado em pacientes com retinopatia, nefropatia, neuropatia e mais de 20 anos de doença, visto o maior risco de TEV nesta população. Nessas populações, o uso de progestinas isoladas pode ser uma opção.	Não (em mulheres com retinopatia, nefropatia, neuropatia e com diagnóstico há mais de 20 anos)	Sim
Enxaqueca	Enxaqueca por si só não é uma contraindicação para o uso de contraceptivos hormonais combinados. Contudo, a presença de aura contraindica o uso de CHC; nesses casos deve-se recomendar o uso de progestina isolada.	Sem aura: sim Com aura: não	Sim
Cirurgia bariátrica	A cirurgia bariátrica pode estar associada ao aumento do risco de gravidez, devido possivelmente a problemas na absorção de contraceptivos orais. Contraceptivos injetáveis e LARC representam boas escolhas nesses casos.	Não para CH orais. CHC injetável deve ser avaliado considerando as demais características da paciente.	Não para contraceptivos orais. Progestina injetável pode ser considerada considerando as características da paciente.
Cirurgia de grande porte	Histórico de cirurgia de grande porte, com necessidade de imobilização, pode estar associado ao aumento do risco de complicações trombóticas.	Não	Sim
Idade	O risco de doença cardiovascular aumenta com a idade e pode aumentar com o uso de CHC. Na ausência de outras condições clínicas adversas, os CHC podem ser usados até a menopausa. Outros	Avaliar outros fatores de risco	Avaliar outros fatores de risco

	fatores de risco devem ser utilizados para a decisão, tais como a presença de hipertensão, diabetes, tabagismo.		
Hipertensão	Entre as mulheres com hipertensão, as usuárias de CHC apresentam maior risco do que as não usuárias de AVE, IAM e DAC. O uso de progestágeno isolado pode ser recomendado.	Não	Sim
Histórico de câncer de mama	O câncer de mama pode ser hormonalmente sensível aos contraceptivos. Encaminhar ao médico para avaliação de risco/benefício.	Não	Não
História de IAM, AVE ou outra doença cardíaca	O uso de contraceptivos pode aumentar o risco de infarto e AVE em pacientes com história prévia dessas condições ou outras, como valvulopatia.	Não	Não
Lúpus Eritematoso Sistêmico	O risco de TEV aumenta em pacientes com Lúpus Eritematoso Sistêmico que utilizam contraceptivos hormonais. Portanto, o uso destes medicamentos não está recomendado nesta população.	Não	Não
Obesidade	Mulheres obesas (IMC > 30kg/m ²) que usam CHC têm maior probabilidade de sofrer TEV do que mulheres obesas que não usam CHC. Contudo, os benefícios podem superar os riscos nesta população. Preferir o uso de progestinas isoladas.	Sim	Sim

Puérperas	Até 21 dias, no período pós-parto, as taxas de TEV em mulheres que estavam em uso de CHC em comparação com as não usuárias são aumentadas. Portanto, nesse período não se recomenda o uso de contraceptivos hormonais.	Não, até 21 dias.	Não, até 21 dias.
Tabagismo	As usuárias de CHC que fumam apresentam risco aumentado de doenças cardiovasculares, especialmente IAM, em comparação com aquelas que não fumam. Adicionalmente, o risco de IAM aumenta quanto maior for o número de cigarros fumados por dia. Mulheres <35 anos podem utilizar CHC; a partir dessa idade, independente da quantidade de cigarros utilizados, o uso de CHC deve ser desaconselhado e a progestina isolada pode ser prescrita.	<35 anos: Sim >35 anos: Não	Sim
Trombose	Pacientes com histórico de trombose devem evitar o uso de CHC, devido ao aumento do risco de novos eventos trombóticos. Progestágenos isolados podem ser utilizados nessa população.	Não	Sim

LEGENDA: AVE – Acidente Vascular Encefálico; CHC – Contraceptivos hormonais combinados, compostos por um componente estrogênico e um progestagênico, incluindo os contraceptivos orais e as formulações injetáveis; DAC: doença arterial coronariana; IAM – Infarto Agudo do Miocárdio; IMC – Índice de Massa Corporal; LARC – Contraceptivos reversíveis de longa duração; TEV – Tromboembolismo Venoso. Fonte: CFF, 2024. Referências: CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015.

O Quadro 3 apresenta os principais critérios para o encaminhamento para outros profissionais e serviços de saúde.

Quadro 3 – Principais critérios para o encaminhamento para outros profissionais e serviços de saúde.

Situação	Explicação
Endometriose.	Condição que requer diagnóstico médico e manejo multifacetado.
Síndrome de Ovários Policísticos (SOP).	Condição que requer diagnóstico médico e manejo multifacetado.
Pacientes que tentaram diferentes métodos contraceptivos hormonais, contudo, permanecem com reações adversas.	Necessidade de avaliação de causas adjacentes e seleção de outro método.

Pacientes com sangramento uterino anormal* na anamnese, sem diagnóstico de causas adjacentes.	Necessidade de avaliação de causas adjacentes.
Paciente com sangramento de escape persistente, mesmo após mudanças no regime terapêutico com contraceptivos.	Necessidade de avaliação de causas adjacentes.
Paciente com sangramento de escape de início repentino, após meses de tratamento.	Necessidade de avaliação de causas adjacentes.
Paciente após abortamento.	Necessidade de avaliação do estado de saúde geral da paciente.

*Por sangramento anormal compreende-se o sangramento volumoso ou persistente, com ou sem relação com o período menstrual antes do início de contraceptivos hormonais. Fonte: CFF, 2024. Referências: CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015.

Interações medicamentosas

A avaliação farmacêutica das interações medicamentosas com CH é fundamental, pois elas podem afetar significativamente a efetividade dos contraceptivos e a segurança da paciente. Os farmacêuticos desempenham um papel fundamental em identificar, gerenciar e educar as pacientes sobre essas interações. Estes profissionais devem estar familiarizados com os mecanismos de ação dos CH e como outros medicamentos podem alterar esses mecanismos. Por exemplo, alguns medicamentos podem induzir enzimas hepáticas que metabolizam os hormônios mais rapidamente, diminuindo a efetividade do contraceptivo (CDC, 2015).

A avaliação farmacêutica inclui considerar o risco de uma interação medicamentosa em comparação com o benefício terapêutico do medicamento concomitante. É essencial pesar esses fatores, especialmente em situações que exigem tratamento com medicamentos essenciais, como anticonvulsivantes ou antirretrovirais. Quando uma interação não pode ser evitada, o farmacêutico pode recomendar o monitoramento adicional ou ajustes de dose. Por exemplo, pode ser necessário ajustar a dose do contraceptivo ou recomendar um método alternativo de contracepção durante o tratamento com certos medicamentos (CDC, 2015; CFF, 2013).

O papel do farmacêutico também inclui educar as pacientes sobre as possíveis interações e suas implicações. Isso envolve informar sobre sinais de redução de efetividade do contraceptivo e a necessidade de medidas contraceptivas adicionais. O Quadro 4 apresenta as principais interações medicamentosas envolvendo CH.

Quadro 4 – Principais interações medicamentosas envolvendo CH.

Substância envolvida	Interação medicamentosa
Atazanavir (ATV)	O uso de ATV isolado com contraceptivos hormonais pode aumentar a AUC (área sob a curva) do etinilestradiol, o que pode aumentar o risco de eventos adversos associados ao estrógeno. Sendo assim, se uma paciente está em uso de atazanavir, a dose do etinilestradiol não deve ultrapassar 0,03mg (DHHS, 2024).
Efavirenz (EFV)	As evidências sugerem interações medicamentosas entre o EFV e certos contraceptivos hormonais. Essas interações podem reduzir a eficácia dos CH. Estudos sugerem que as taxas de gravidez podem ser mais altas entre mulheres que usam COC e EFV, além de demonstrarem reduções nas concentrações de etinilestradiol e do progestágeno (Patel et al., 2015; Pyra et al., 2015; Clark, Theall, 2004; Landolt et al., 2013; Sevinsky et al., 2011). Pode-se utilizar como método adicional o uso de métodos não hormonais, como o dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu).
Erva de São João	Evidências limitadas sugerem que a coadministração da erva de São João com CH pode aumentar o risco de ovulação e sangramento não programado. Acredita-se que o mecanismo seja através da indução de enzimas do citocromo P450, o que poderia aumentar o metabolismo do CH e, teoricamente, reduzir a eficácia terapêutica. O efeito depende da dose da erva de São João, a qual varia entre os produtos. (Berry-Bibee et al., 2016). Sendo assim, mulheres que desejarem fazer uso da erva de São João devem ser aconselhadas a utilizar outros métodos contraceptivos, como por exemplo os preservativos.
Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos, Primidona, Topiramato, Oxcarbazepina	O uso dos anticonvulsivantes mencionados pode reduzir a eficácia dos CH. Quando for escolhido um COC, deve ser utilizada uma preparação contendo um mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol (Back et al., 1980; Doose et al., 2003; Fattore et al., 1999; Rosenfeld et al., 1997).

<p>Inibidores de protease (IP)</p>	<p>Podem ocorrer interações medicamentosas entre CH de uso sistêmico e IP, como darunavir, lopinavir, saquinavir, tipranavir e fosamprenavir, que podem levar à redução da concentração sérica do etinilestradiol. Em contrapartida, as progestinas isoladas podem ter sua concentração sérica aumentada, o que pode aumentar os efeitos relacionados a sua toxicidade, como espinhas, acne e resistência à insulina. O uso de DMPA, implante subdérmico de etonogestrel e dispositivos intrauterinos podem ser opções nesses casos (DHHS, 2024).</p>
<p>Lamotrigina</p>	<p>Estudos farmacocinéticos mostram que os níveis de lamotrigina diminuem significativamente durante o uso de CHC. Adicionalmente, algumas mulheres que usaram CHC e lamotrigina experimentaram um aumento de crises convulsivas. Em contrapartida, os regimes de tratamento anticonvulsivante que combinam lamotrigina e medicamentos antiepilépticos não indutores de enzimas (por exemplo, valproato de sódio) não interagem com os CHC. Essa interação se dá por aumento da glucuronidação da lamotrigina provavelmente via UGT1A4 pelo componente estrogênico. Outros métodos como implantes subdérmicos, progestinas isoladas de uso oral e parenteral e os dispositivos intrauterinos não parecem ser afetados por essa interação. (Sidhu et. al., 2006; Sabres et al., 2001; Ohman et. al., 2008; Wegner et. al., 2009).</p>
<p>Rifampicina</p>	<p>A rifampicina pode diminuir os níveis séricos de etinilestradiol e do progestágeno em mulheres que tomam CH; semelhante aos medicamentos anticonvulsivantes indutores de enzimas hepáticas, métodos adicionais são recomendados. Recomenda-se utilizar um COC contendo um mínimo de 0,03 mg de etinilestradiol. Há evidência suficiente para recomendar às pacientes a utilização de métodos adicionais ou outros métodos contraceptivos na vigência de uso da rifampicina e por até 28 dias após o término do tratamento com ela. (Wiesinger et al., 2020; Barditch-Crovo et. al., 1999; LeBel et. al., 1998). Algumas referências trazem que essa interação também pode ser possível com a contracepção de emergência. Dessa forma, existe uma recomendação para dobrar a dose do levonorgestrel, se fortes indutores enzimáticos da CYP3A4 forem utilizados (MHRA, 2016).</p>

Tirzepatida *	Evidências iniciais alertam para uma possível interação medicamentosa entre COC e tirzepatida, provavelmente devido ao retardo no esvaziamento gástrico promovido pelos análogos de GLP-1 (Skelley et. al., 2024). Oriente a paciente a usar métodos adicionais durante o uso de tirzepatida e em caso de reações adversas gastrointestinais, como náusea e vômito, consulte o quadro de orientações deste protocolo.
---------------	---

Legenda: ATV – Atazanavir; CHC – Contraceptivo Hormonal Combinado; CH – Contraceptivos hormonais; COC – Contraceptivo Oral Combinado; EFV – Efavirenz. *Medicamento ainda não disponível no Brasil até o dia de publicação deste protocolo. Fonte: CFF, 2024. Referências: CDC, 2015; Departamento de Saúde Reprodutiva, OMS, 2015.

Vantagens e desvantagens no uso de contraceptivos hormonais

Os CH representam uma das formas mais comuns de controle de natalidade. Embora sejam amplamente utilizados devido à sua alta eficácia, é fundamental considerar tanto as vantagens quanto as desvantagens associadas a esses métodos para fazer escolhas informadas sobre saúde reprodutiva, conforme destacado no Quadro 5 (Allen, 2024).

Quadro 5 – Vantagens e desvantagens no uso de CH.

Vantagens	Desvantagens
<ul style="list-style-type: none"> • Eficácia na prevenção da gravidez; • Regularização dos ciclos menstruais irregulares; • Redução da intensidade e duração do sangramento menstrual; • Diminuição dos sintomas de distúrbios como a endometriose e a síndrome dos ovários policísticos; • Redução do risco de certos tipos de câncer, como o de ovário e endométrio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eventos adversos comuns (náuseas, sensibilidade mamária e sangramentos não programados); • Possibilidade de eventos adversos graves (trombose venosa profunda, acidente vascular encefálico e ataques cardíacos, especialmente em mulheres que fumam ou têm histórico de problemas cardiovasculares).

Fonte: CFF, 2024 – adaptado de Allen, 2024.

Os CH oferecem uma combinação de alta eficácia, benefícios adicionais à saúde e conveniência, fazendo deles uma opção popular para o controle de natalidade. No entanto, é crucial considerar os potenciais eventos adversos e riscos à saúde, particularmente em situações de uso prolongado ou em indivíduos com condições preexistentes. Uma avaliação cuidadosa com um profissional de saúde pode ajudar a determinar o método mais adequado para cada pessoa, equilibrando eficácia, segurança e bem-estar (Allen, 2024, CDC, 2015).

PLANO DE CUIDADO E PRESCRIÇÃO FARMACÊUTICA

Neste protocolo foram considerados como escolha preferencial os contraceptivos combinados com apresentações de etinilestradiol (0,02mg a 0,03mg) e outras apresentações de estrógeno natural, associadas a levonorgestrel 0,15 mg, gestodeno 0,075 mg, desogestrel 0,150 mg, clormadinona 2 mg ou drospirenona 3 mg, visto o uso consolidado destas na contracepção hormonal. As apresentações orais com doses de etinilestradiol > 0,03 mg não entram neste protocolo, pois o seu uso não está indicado como primeira escolha para contracepção e as mesmas foram associadas a mais risco de tromboembolismo venoso em relação às doses menores (Lidegaard et. al., 2002). Além disso, contraceptivos que contenham ciproterona como progestágeno também não serão prescritos por farmacêuticos visto que, no Brasil, não são considerados primeira escolha para contracepção (ANVISA, 2023).

Caso haja escolha de contraceptivos injetáveis, deve-se dar preferência para aqueles com apresentações de estrógeno com dose de até 5 mg, associados a medroxiprogesterona, algestona acetofenida ou noretisterona, visto o menor risco de reações estrogênicas e não estarem associados a eventos adversos preocupantes (Gallo et al., 2008).

As pílulas de progestinas isoladas, bem como formulações injetáveis, anéis vaginais e adesivos transdérmicos poderão ser considerados em casos específicos, que serão discutidos ao longo deste protocolo (CDC, 2015; OMS, 2015). Orientações quanto ao uso de diferentes formas farmacêuticas de CH estão destacadas no Apêndice 2.

Importante ressaltar que o uso de contraceptivos multifásicos não será considerado neste protocolo, pois não foram associados a superioridade nem em eficácia, nem em

segurança quando comparado ao uso de pílulas monofásicas e dificultam o processo de adesão ao tratamento (Van Vliet et. al., 2011; Van Vliet et. al., 2006; Van Vliet et. al., 2006).

Vale notar que a escolha do contraceptivo pode variar a depender do serviço ao qual o farmacêutico esteja vinculado, visto que no Sistema Único de Saúde (SUS) existe disponibilidade limitada de métodos quando comparado ao setor privado. Sendo assim, este plano de cuidado foi elaborado considerando as duas realidades. O Quadro 6 apresenta as opções terapêuticas disponíveis no SUS e a Figura 2 apresenta um fluxograma de atendimento para avaliação e prescrição de CH nesse cenário.

Quadro 6 – Opções terapêuticas disponíveis no Sistema Único de Saúde

Contraceptivos orais	Contraceptivos injetáveis
Desogestrel 0,075mg – progestina isolada*	Acetato de Medroxiprogesterona 150 mg – progestágeno isolado – trimestral
Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg – combinado	
Noretisterona 0,35mg – progestina isolada	Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg – combinado – mensal
Levonorgestrel 0,75 mg – pílula de emergência	

*Apesar do desogestrel não estar disponível na RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais), algumas REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais) contemplam este medicamento. Fonte: CFF, 2024 – adaptado da RENAME 2022.

Inicialmente, deve-se perguntar para a paciente qual a forma farmacêutica que ela prefere. Além disso, se não houver contraindicações, deve-se sempre preferir as formulações combinadas, devido aos benefícios não contraceptivos associados, como melhora nos sinais e sintomas de distúrbios menstruais, diminuição no risco de câncer endometrial e de ovário, bem como os efeitos relacionados a redução das manifestações dermatológicas do hiperandrogenismo (Martin et. al., 2018; Iversen et. al., 2017; Brynhildsen, 2014; Shulman, 2011).

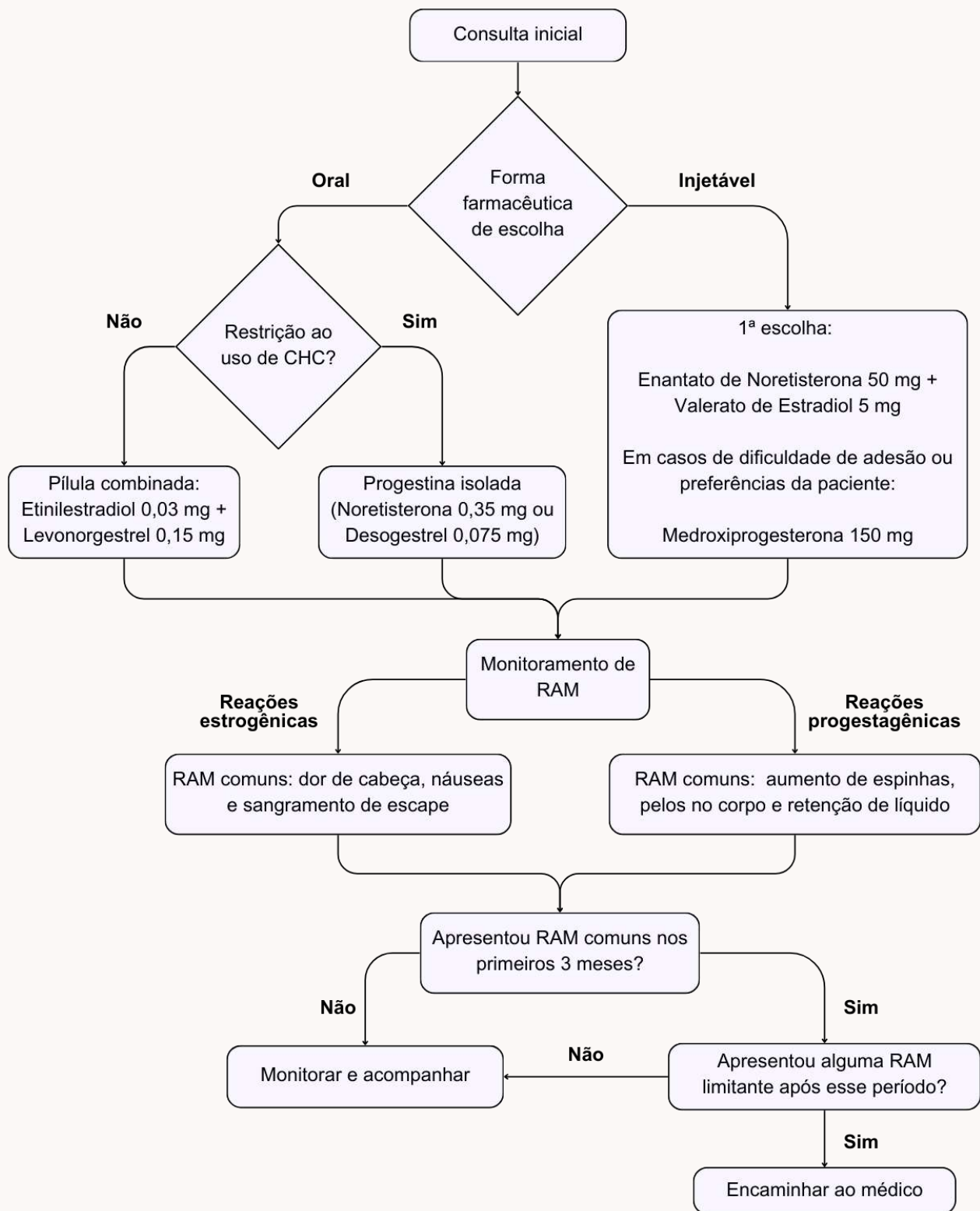


Figura 2 – Fluxograma de atendimento para avaliação e prescrição de CH no Sistema Único de Saúde. Legenda: CHC – contraceptivo hormonal combinado; RAM – Reação adversa a medicamentos. Fonte: CFF, 2024.

Durante o tratamento, a paciente poderá se queixar de reações adversas comuns ao uso de CH. Essas reações podem ser classificadas como estrogênicas (dor de cabeça, náusea, sangramento não programado) ou progestagênicas (aumento de espinhas, pelos no corpo, retenção de líquido) (Yuksel & Whelan, 2023).

Geralmente, o aparecimento dessas reações adversas é mais comum nos primeiros 3 meses e tende a desaparecer com a continuidade do tratamento (Stewart & Black, 2015). Todavia, qualquer reação adversa que permaneça por um tempo superior a esse, o farmacêutico deve considerar o encaminhamento ao médico, visto que no SUS há poucas opções de troca para o manejo destas reações.

Por outro lado, no setor privado, existe uma variedade de contraceptivos e de formas farmacêuticas que poderão ser consideradas na prescrição. O Quadro 7 resume os principais CH e suas formas farmacêuticas que podem ser considerados para a prescrição farmacêutica em farmácias privadas. Adicionalmente, o fluxograma para auxiliar o farmacêutico na prescrição dos contraceptivos quando inseridos nesta realidade está disponível na Figura 3.

Quadro 7 – Principais CH e suas formas farmacêuticas disponíveis no setor privado.

Contraceptivo	Forma farmacêutica	Nome comercial do medicamento de referência
Etinilestradiol 0,03mg + levonorgestrel 0,15mg	Comprimido	Ciclo 21 ®
Etinilestradiol 0,02mg + levonorgestrel 0,10mg	Comprimido	Level ®
Etinilestradiol 0,015mg + gestodeno 0,060mg	Comprimido	Adoless ®
Etinilestradiol 0,02mg + gestodeno 0,075mg	Comprimido	Femiane ®
Etinilestradiol 0,03mg + gestodeno 0,075mg	Comprimido	Allestra 30 ®
Etinilestradiol 0,02mg + desogestrel 0,15mg	Comprimido	Mercilon ®
Etinilestradiol 0,03mg + desogestrel 0,15mg	Comprimido	Microdiol ®

Etinilestradiol 0,02mg + drospirenona 3mg	Comprimido	Yaz ®
Etinilestradiol 0,03mg + drospirenona 3mg	Comprimido	Yasmin ®
Etinilestradiol 0,02mg + clormadinona 2 mg	Comprimido	Belarina ®
Etinilestradiol 0,03mg + clormadinona 2mg	Comprimido	Belara ®
Nomegestrol 2,5mg + estradiol 1,5mg	Comprimido	Stezza ®
Desogestrel 0,075mg	Comprimido	Cerazette ®
Drospirenona 4mg	Comprimido	Slinda ®
Noretisterona 0,35mg	Comprimido	Norestin ®
Enantato de estradiol 10mg/mL + algestona acetofenida 150mg/mL	Solução injetável	Ciclovular ®
Cipionato de estradiol 5 mg/0,5mL + acetato de medroxiprogesterona 25 mg/mL	Solução injetável	Cyclofemina ®
Valerato de estradiol 50mg/mL + enantato de noretisterona 5 mg/mL	Solução injetável	Mesigyna ®
Norelgestromina 6 mg + etinilestradiol 0,60 mg	Adesivo	Evra ®
Etonogestrel 11,7 mg + etinilestradiol 2,7 mg	Anel vaginal	Nuvaring ®

Fonte: CFF, 2024.

Para pacientes que apresentem alto risco de tromboembolismo venoso ou outras contraindicações ao uso de estrógeno, recomendamos o uso de progestinas isoladas (CDC, 2015) e as preferências devem ser dadas ao desogestrel 0,075mg e a drospirenona 4mg para o setor privado e noretisterona 0,35mg para pacientes atendidas pelo SUS, ou ainda o desogestrel 0,075mg, disponíveis em algumas Unidades Básicas de Saúde do país, conforme a REMUME (Relação Municipal de Medicamentos Essenciais).

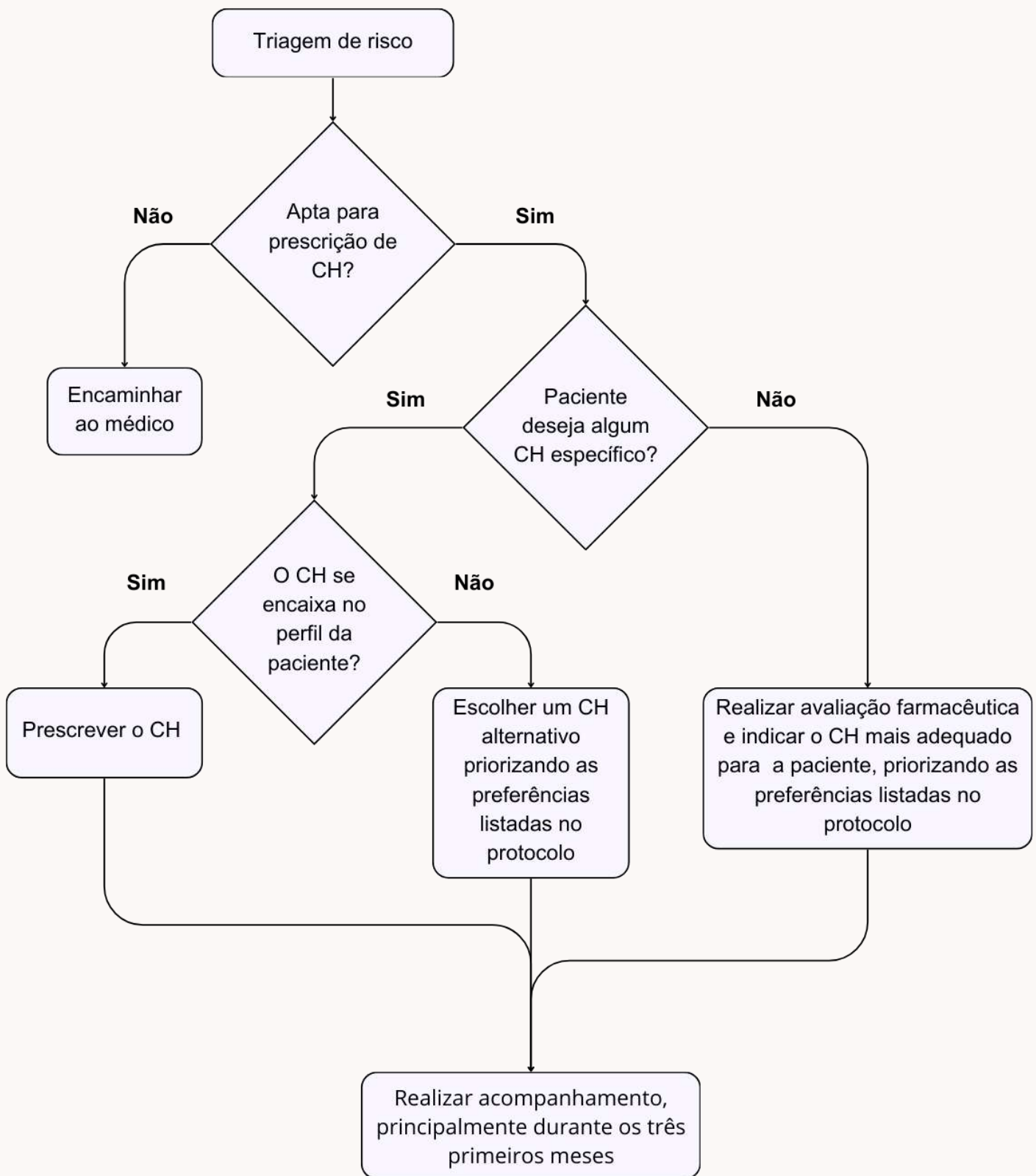


Figura 3 – Fluxograma de atendimento para avaliação e prescrição de contraceptivos hormonais no setor privado. Legenda: CH – Contraceptivos hormonais. Fonte: CFF, 2024.

Escolha do regime de tratamento para contraceptivos orais

O regime de tomada de contraceptivos orais é uma variável importante que influencia tanto a eficácia quanto a aceitabilidade do método por parte das usuárias. Tradicionalmente, os contraceptivos orais são administrados em ciclos de 28 dias, dos quais 21 dias consistem na ingestão de pílulas contendo hormônios e os 7 dias subsequentes com comprimidos placebos ou de privação de uso. Esse período geralmente permite a ocorrência de sangramento por privação hormonal, semelhante à menstruação (London et. al., 2016). No entanto, existem variações nesse esquema que podem se adequar melhor às necessidades individuais de cada pessoa, como os regimes de 4 dias de pausa e o uso contínuo.

Regime de 7 dias de pausa

O regime tradicional de 7 dias de pausa é projetado para mimetizar o ciclo menstrual natural e geralmente é bem tolerado pelas mulheres. A pausa de 7 dias foi originalmente introduzida para ajudar a usuária a sentir que seu ciclo menstrual estava preservado, o que pode aumentar a aceitação psicológica do método contraceptivo. No entanto, a pausa mais longa pode aumentar o risco de falha do contraceptivo devido ao declínio nos níveis hormonais, especialmente se a pausa for estendida acidentalmente ou a retomada da nova cartela for atrasada (London et. al., 2016; Fels et. al., 2013).

Regime de 4 dias de pausa

Em resposta às preocupações com a segurança durante a pausa prolongada, foram desenvolvidos esquemas com apenas 4 dias de pausa, contudo, não existem estudos comparativos indicando que esse tipo de regime é mais efetivo. Este regime reduz o intervalo sem hormônios e mantém níveis mais estáveis de hormônios no sangue, potencialmente diminuindo o risco de ovulação e falha contraceptiva. A pausa mais curta pode ser benéfica para pessoas que experimentam sintomas desagradáveis durante a semana de pausa, como dores de cabeça e sangramento irregular (London et. al., 2016).

Regime de uso contínuo

O regime de uso contínuo envolve a tomada de pílulas hormonais todos os dias sem interrupção, eliminando o sangramento por privação. Este método é particularmente útil para

peessoas que desejam evitar a menstruação por razões médicas ou pessoais. O uso contínuo pode melhorar sintomas de condições como endometriose e síndrome pré-menstrual, além de oferecer a conveniência de não ter períodos menstruais. No entanto, pode ocorrer sangramento irregular ou *spotting*, especialmente nos primeiros meses de uso. Estudos sugerem que o uso contínuo é tão seguro e eficaz quanto os regimes cíclicos tradicionais, com a vantagem de maior supressão da ovulação e conseqüente redução no risco de gravidez (Legro et. al., 2008; Edelman et. al., 2014).

Em conclusão, cada um desses regimes têm suas vantagens e desvantagens e a escolha deve ser personalizada de acordo com as necessidades e o estilo de vida da usuária, além de considerar quaisquer condições de saúde preexistentes. Por exemplo, uma paciente que possui enxaqueca durante o período de pausa dos contraceptivos orais poderá se beneficiar do uso contínuo dos mesmos, melhorando sua qualidade de vida. A discussão entre a paciente e o profissional de saúde é essencial para selecionar o regime mais adequado e garantir que a contracepção seja efetiva, com boa tolerabilidade e conveniência.

Segurança no uso de contraceptivos hormonais

Durante o acompanhamento da paciente em uso de contraceptivos hormonais, o farmacêutico pode se deparar com reações adversas que podem ser limitantes para a prevenção de gravidezes indesejadas. Abaixo citamos as principais reações adversas observadas com o uso de CH e esclarecimentos importantes para a tomada de decisão e manejo clínico.

Reações adversas relacionadas ao estrogênio

Tromboembolismo venoso

A relação entre tromboembolismo venoso (TEV) e CH combinados é bem conhecida na literatura. A incidência de TEV entre não usuárias, que não estejam grávidas e que não fazem uso de hormônios, é de 1–5/10.000 casos–ano, enquanto entre usuárias de anticoncepcionais orais, é de 3–9/10.000 casos–ano (Barros et al., 2024). Isso acontece porque os estrogênios, durante sua metabolização, estão associados ao aumento dos níveis séricos de fatores de coagulação, como protrombina, fatores VII, VIII e X e fibrinogênio, além de reduzirem fatores anticoagulantes, como proteínas C e S e antitrombina. Existe um maior risco de aparecimento desta reação adversa nos primeiros seis meses de uso e isso tende a diminuir ao longo de doze meses (Grandi et. al., 2022).

Além disso, também há uma relação entre a androgenicidade da progestina associada ao estrógeno, a exemplo das progestinas com forte potencial antiandrogênico (ciproterona e drospirenona) que potencializam o risco de TEV associado ao estrógeno quando comparado às progestinas com maior efeito androgênico (levonorgestrel) (Morimont et. al., 2021). Apesar disso, é importante ressaltar que os riscos de TEV são muito maiores durante a gestação, que varia entre 5–20/10.000 casos–ano, e durante o pós–parto que está em 40–65/10.000 casos–ano (Barros et al., 2024). Ademais, o risco de TEV dos adesivos transdérmicos pode ser maior quando comparados aos contraceptivos orais combinados (Burkman, 2024). Dessa forma, é de fundamental importância realizar uma triagem de risco adequada, considerando possíveis fatores de risco preexistentes na usuária.

Náuseas, mastalgias e dores de cabeça

Essas reações são comuns no início do tratamento, mas tendem a desaparecer ao longo dos meses. As evidências que tratam sobre o manejo dessas reações são incertas, com alguns trabalhos mostrando que a redução da dose do estrógeno pode estar associada a uma melhora desses efeitos (Stewart et al., 2015). Ou seja, em uma paciente que está em uso de CH e que apresenta dores de cabeça frequentes e que persistem apesar do tempo de uso, a redução da dose do estrógeno pode ser realizada, acompanhando a paciente ao longo dos próximos meses. No caso de persistência dessa reação, o encaminhamento ao médico deverá ser realizado.

Sangramento de escape

O sangramento não programado é uma reação adversa comum inicial com o uso de CH e é importante orientar a paciente que não tem relação com perda de eficácia do contraceptivo hormonal (Lohr et. al., 2006). Aproximadamente metade das pessoas em uso de anticoncepcionais são afetadas no primeiro ciclo (Emans et. al., 1987; Rosenberg et. al., 1996). O estrógeno parece ter um papel crucial em promover um padrão de sangramento regular, mas também pode haver influências das mais diversas progestinas. Em relação ao manejo dessa reação adversa, é importante frisar que o sangramento de escape pode permanecer em uma parte das pacientes que usam CH, mesmo com o passar dos meses. De maneira geral, parece haver uma relação direta entre a forma farmacêutica e a dose do estrógeno envolvido, visto que o anel vaginal e a medroxiprogesterona injetável apresentam menores taxas de sangramento não programado, quando comparado ao injetável, oral e adesivo, embora o primeiro aumente o risco de vaginose (Milsom et. al., 2006; Gallo et. al., 2013; Lopez et. al., 2013). Além disso, doses menores que 0,03 mg de etinilestradiol foram associadas a mais sangramentos não programados (Nelson et. al., 2013). Esse também é o motivo pelo qual neste protocolo as doses menores que 0,02mg de etinilestradiol apenas

serão utilizadas em casos específicos, como nas reações adversas ao estrógeno que persistem mesmo com doses menores que 0,03 mg de etinilestradiol. A Figura 4 resume os principais manejos para sangramento de escape na prática clínica.

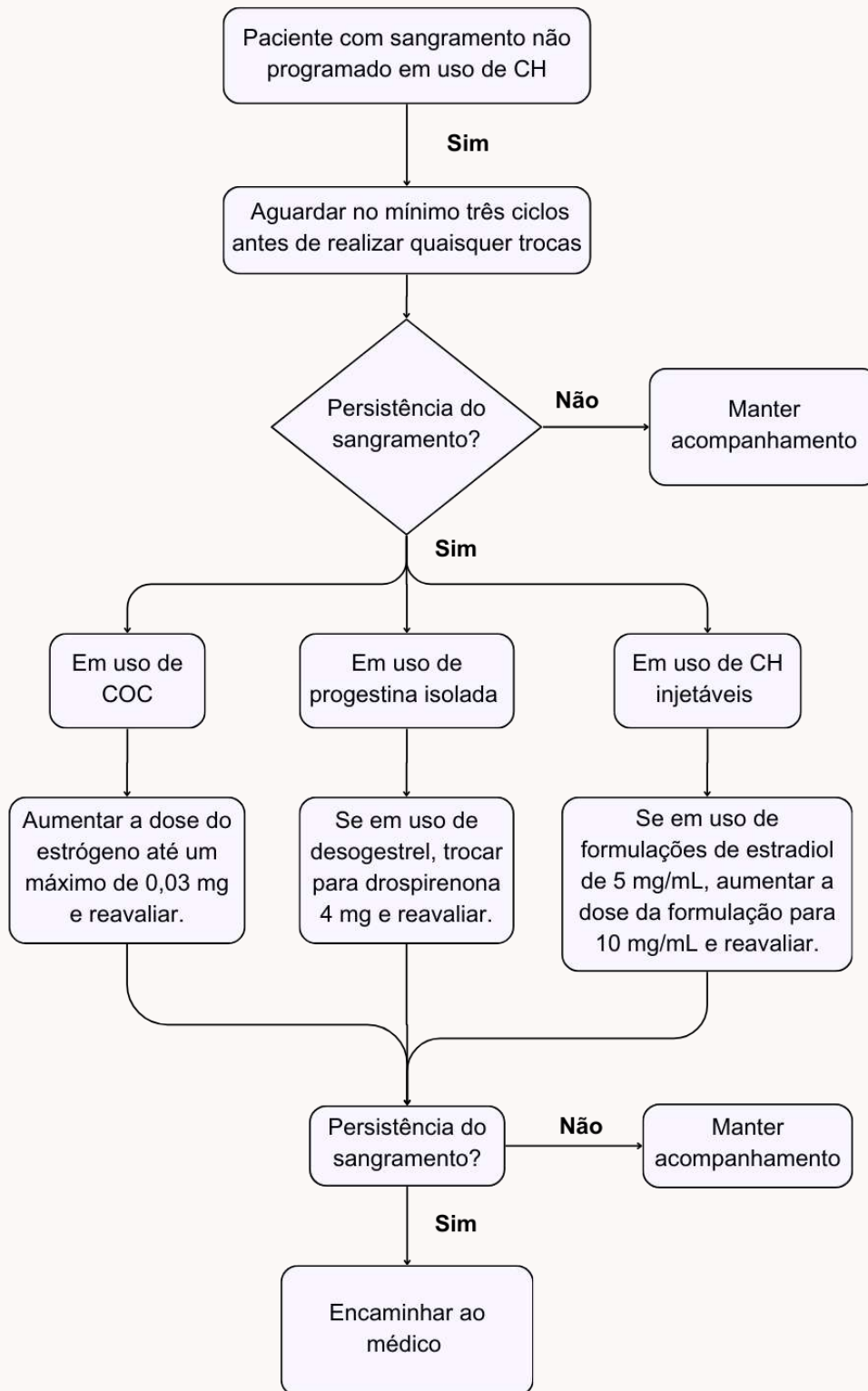


Figura 4 – Manejo de sangramento não programado em pacientes em uso de contraceptivos orais e injetáveis hormonais. Fonte: CFF, 2024.

Reações adversas relacionadas ao progestágeno

As reações ao progestágeno variam dependendo do tipo de progestágeno, da dose, da via de administração e da sensibilidade individual da paciente, podendo envolver impacto sobre o ciclo menstrual, sintomas gastrointestinais, efeitos dermatológicos, cefaleia e enxaqueca, efeitos cardiovasculares e alterações na densidade mineral óssea.

Alterações no peso corporal

O uso de contraceptivos combinados hormonais não parece estar associado a um aumento no peso. Em uma meta-análise de 49 ensaios que incluiu 85 comparações de mudança de peso para 52 pares únicos de contraceptivos (contraceptivo comparado com placebo ou um contraceptivo diferente), a maioria das comparações não relatou diferenças substanciais no peso (Gallo et al., 2014). Entretanto, a medroxiprogesterona pode estar associada a ganho de peso inicial e também contínuo após meses de tratamento (Le et al., 2009).

Impacto sobre o ciclo menstrual

Irregularidades menstruais, como a amenorreia (ausência de menstruação), sangramento irregular ou *spotting* entre os períodos são comuns, especialmente nos primeiros meses de uso de progestágenos (Machado & Politano, 2022).

Efeitos cardiovasculares

Embora possuam mais relação com o estrógeno, o risco de trombose venosa profunda (TVP) e eventos tromboembólicos pode ocorrer com alguns progestágenos específicos, especialmente em pacientes com fatores de risco preexistentes. Avaliação cuidadosa deve ser realizada, considerando cada progestágeno e seu risco específico (Barsoum et al., 2010).

Libido e desempenho sexual

Os achados na literatura sobre o tema são conflituosos. A supressão androgênica ovariana observada com a administração de CH levantou preocupações sobre um impacto negativo na libido, porém, para a maioria das usuárias, a utilização de CH não parece ter um impacto significativo na função sexual. Alguns contraceptivos, como medroxiprogesterona trimestral e anel vaginal, foram mais associados à diminuição da libido (Mark et al., 2016; Boozalis et al., 2016; Malmborg et al., 2015).

Alterações na densidade mineral óssea

O uso prolongado de medroxiprogesterona pode ter um impacto na densidade mineral óssea (DMO). Essa questão é particularmente importante em adolescentes. Em mulheres adultas, apesar de ocorrer redução transitória de DMO, esse efeito é neutralizado após a interrupção do medicamento (Cromer et al., 2008). Apesar desses efeitos, as principais sociedades médicas na área de saúde da mulher continuam a recomendar esse anticoncepcional para casos específicos e a defender que seus benefícios são maiores que os riscos teóricos (Curtis et al., 2016).

Retorno da fertilidade

O uso de COC pode atrasar ligeiramente o tempo até a concepção; no entanto, este efeito é particularmente importante no uso da medroxiprogesterona (6–12 meses) (Schwallie et al., 1974).

Quadro 8 – Principais reações adversas atribuídas aos CH

Reação adversa	Manejo
Náusea, dores de cabeça e mastalgia	Reduzir a dose do estrógeno até, no máximo, 0,015mg. Acompanhar as variações nos episódios de <i>spotting</i> .
Inchaço e retenção de líquido	A evidência para isso possui limitações. Ao prescrever, priorize o uso de progestinas com efeito antimineralocorticoide, como por exemplo o gestodeno e a drospirenona.

Sangramento de escape	Caso a mulher esteja em uso de dose de etinilestradiol <0,03mg, aumentar a dose para o máximo de 0,03mg. Outra opção é trocar para métodos com menor incidência dessa reação, como o anel vaginal.
Dor de cabeça e alterações de humor durante a pausa do anticoncepcional	A emenda de anticoncepcional, ou seja, não fazer a pausa do placebo, pode ser uma opção razoável nesses casos. É importante descartar a presença de aura durante os ciclos, o que pode contraindicar o uso de contraceptivos hormonais combinados.
Diminuição de libido	Não há evidência de que o início de contraceptivos ou o uso contínuo esteja associado a queda de libido. Caso persista, encaminhar ao médico.
Espinhas e outros efeitos androgênicos	Durante a escolha de contraceptivos pode ser considerado o uso de progestinas com efeito antiandrogênico, como por exemplo a drospirenona.

Fonte: CFF, 2024.Referências: Yuksel & Whelan, 2024; Stewart et al., 2015; Gallo et al., 2013; Lopez et. al., 2013; Barrionuevo et al., 2018.

O manejo das reações adversas ao progestágeno envolve uma abordagem cuidadosa para balancear os benefícios terapêuticos com os potenciais efeitos colaterais. Os profissionais de saúde devem avaliar regularmente a resposta da paciente ao tratamento, ajustar as doses, quando necessário, e considerar alternativas terapêuticas se as reações adversas se tornarem um problema significativo. A comunicação aberta entre a paciente e o profissional de saúde é essencial para garantir que os tratamentos com progestágenos sejam seguros e eficazes. O Quadro 8 resume as principais reações adversas e os seus respectivos manejos. Adicionalmente, o Quadro 9 resume os principais efeitos biológicos dos progestágenos mais utilizados na prática.

Quadro 9 – Principais efeitos biológicos dos progestágenos.

Progestágeno	Efeito Prog.	Efeito And.	Efeito Anti-And.	Efeito GC	Efeito Anti-Min
Ciproterona	+	-	+++	+	-
Clormadinona	+	-	+	+	-
Desogestrel	+	+	-	-	-
Dienogeste	+	-	+	-	-
Drospirenona	+	-	++	-	++
Gestodeno	+	+	-	+	+
Levonorgestrel	+	+	-	-	-
Medroxiprogesterona	+	+	-	+	-
Noretisterona	+	+	-	-	-

Legenda: Prog: progestagênico/ And: androgênico/ Anti-And: antiandrogênico/ GC: glicocorticoide/ Anti-Miner: antimineralocorticoide. Fonte: CFF, 2024. Referências: García-Sáenz et al., 2023; Vigo et al., 2011.

Contracepção de emergência

A contracepção de emergência (CE) refere-se às opções contraceptivas que podem diminuir o risco de gravidez após uma relação sexual desprotegida. Esses métodos são indicados quando nenhum contraceptivo foi empregado (ou seja, relação sexual desprotegida) ou houve falha do método ou nos casos de violência sexual. Embora seja comumente associada à pílula do dia seguinte, a contracepção de emergência abrange também dispositivos intrauterinos de cobre (DIU-Cu), que podem ser inseridos por profissionais de saúde habilitados até cinco dias após a relação sexual (Turok, 2024; CDC, 2015).

A prescrição farmacêutica desempenha um papel fundamental nesse contexto, não só pela disponibilização dos medicamentos, mas também pelo aconselhamento e suporte informativo que pode ser oferecido. Estes profissionais estão na linha de frente para orientar sobre o uso correto e eficaz da contracepção de emergência, ajudando a mitigar os riscos de uma gravidez indesejada (Turok, 2024; CDC, 2015).

O farmacêutico, ao prescrever ou dispensar um método de contracepção de emergência, deve avaliar a situação individual de cada paciente. Isso inclui a discussão sobre o tempo decorrido após a relação sexual, o entendimento dos possíveis efeitos colaterais e a eficácia do método escolhido. Por exemplo, as pílulas à base de levonorgestrel são mais eficazes quanto mais cedo forem tomadas, preferencialmente dentro de 72 horas após a relação sexual (Turok, 2024; CDC, 2015).

Além disso, o farmacêutico deve considerar interações medicamentosas que possam comprometer a eficácia da contracepção de emergência e avaliar condições de saúde preexistentes que possam contraindicar o uso de certos métodos, como por exemplo, possível gravidez. Outra condição relevante que pode limitar a efetividade da CE é a realização de cirurgia bariátrica disabsortiva. Dessa forma, a orientação personalizada é crucial, visto que muitas usuárias de contraceptivos de emergência não compreendem suas indicações e limitações (Turok, 2024; CDC, 2015).

Outro aspecto importante da prescrição farmacêutica é a educação para a saúde reprodutiva. O farmacêutico tem a oportunidade de educar os indivíduos sobre contracepção regular e mais eficaz, promovendo uma visão de saúde preventiva e de longo prazo. Esta interação não apenas resolve uma necessidade imediata, mas também abre caminho para discussões sobre saúde sexual e reprodutiva mais amplas, o que pode contribuir significativamente para a redução de gravidezes não planejadas e para o aumento da autonomia dos indivíduos sobre suas decisões reprodutivas (Turok, 2024; CDC, 2015).

Para contracepção de emergência o farmacêutico deve prescrever levonorgestrel 1,5 mg, em dose única, ou 0,75 mg em duas doses de 12/12h, no período de até 72h após a relação sexual de risco. A dose de 1,5 mg é preferível considerando a facilidade de administração e o menor risco de esquecimentos, entretanto, para pessoas sensíveis a

reações gastrointestinais, a formulação de 0,75 mg 12/12h pode ser preferível (Turok, 2024; CDC, 2015).

Nesse momento é preciso ressaltar que quanto mais precoce é realizada a administração, menor o risco de gravidez indesejada. Para além disso, é fundamental que o farmacêutico realize educação em saúde voltada aos direitos reprodutivos, orientando métodos contraceptivos de longo prazo, sempre que for evidenciada sua necessidade. Adicionalmente, a segurança a longo prazo é pouco estabelecida; sendo assim, o uso da CE não deve ser uma rotina. Em caso de vômitos no período de menos de uma hora após a administração, recomenda-se a administração de nova dose (Turok, 2024; CDC, 2015).

AValiação DOS RESULTADOS

O acompanhamento dos resultados do uso de contraceptivos hormonais pelo farmacêutico é um componente essencial para garantir tanto a segurança quanto a efetividade do tratamento a longo prazo. Este processo vai além da simples dispensação do medicamento, envolvendo uma avaliação contínua e dinâmica dos desfechos da paciente ao tratamento contraceptivo (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

Para fins de acompanhamento, neste protocolo, considera-se que a paciente retorne para avaliações: após o final do primeiro ciclo, do terceiro e, posteriormente, conforme demanda da paciente. No retorno da paciente, o farmacêutico deve avaliar a efetividade do contraceptivo. Isso é feito por meio de perguntas diretas sobre a regularidade do ciclo menstrual, ocorrência de sangramento de escape, que são esperados nos primeiros três meses de uso, e a presença de sintomas que possam indicar uma falha contraceptiva. Além disso, a adesão ao regime prescrito precisa ser confirmada, identificando possíveis esquecimentos de doses e fornecendo estratégias para melhorar a adesão (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

Durante essa interação, é essencial discutir a satisfação da paciente com o método atual, explorando questões como conforto no uso, conveniência e efeitos colaterais percebidos. Isso pode indicar a necessidade de ajustar o tipo ou as doses do contraceptivo, ou mesmo considerar alternativas mais adequadas às necessidades e estilo de vida da paciente (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

O monitoramento da segurança envolve uma revisão detalhada de quaisquer reações adversas experimentadas pela paciente. Reações como cefaleia, ganho de peso, alterações de humor, efeitos androgênicos, sangramentos de escape e outros devem ser meticulosamente documentados e avaliados. O farmacêutico deve estar atento a sinais de complicações mais graves, como sintomas de tromboembolismo venoso ou problemas

cardiovasculares, especialmente em pacientes com fatores de risco conhecidos (CFF, 2013a; CFF, 2013b). Nestes casos, o encaminhamento ao médico se faz necessário.

Além disso, o farmacêutico deve considerar a história clínica atualizada da paciente e quaisquer outros medicamentos que ela esteja usando para detectar possíveis interações medicamentosas que possam comprometer a eficácia dos contraceptivos ou aumentar o risco de efeitos adversos (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

A educação continuada é uma parte essencial do processo de acompanhamento da paciente. O farmacêutico deve aproveitar essa oportunidade para reforçar informações sobre o uso correto dos contraceptivos hormonais e discutir práticas de saúde sexual e reprodutiva. Também é importante aconselhar sobre medidas de saúde geral que podem influenciar a eficácia e segurança dos contraceptivos, como mudanças na dieta e no estilo de vida (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

Este acompanhamento permite não só adaptar o tratamento às necessidades da paciente, mas também reforçar o papel do farmacêutico como um profissional de saúde acessível e capacitado para auxiliar nas questões relacionadas à saúde reprodutiva. O objetivo é criar um ambiente em que a paciente se sinta apoiada e preparada para tomar decisões informadas sobre sua saúde reprodutiva, contribuindo para melhores resultados de saúde e maior satisfação com o método contraceptivo escolhido (CFF, 2013a; CFF, 2013b).

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Bulário eletrônico. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/sistemas/bulario-eletronico>.

ALBERTAZZI, P.; BOTTAZZI, M.; STEEL, S. A. Bone mineral density and depot medroxyprogesterone acetate. *Contraception*, v. 73, n. 6, p. 577–583, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2006.02.004>

ALLEN, H. R. Combined estrogen–progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. *UpToDate*, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use?search=contracepcion%20hormonal&source=search_result&selectedTitle=2%7E146&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 13 jun. 2024.

BACK, D. J. et al. A interação do fenobarbital e outros anticonvulsivantes com a terapia contraceptiva oral com esteroides. *Contraception*, v. 22, p. 495–503, 1980. doi:10.1016/0010-7824(80)90102-X

BACK, D. J. et al. The effect of rifampicin on norethisterone pharmacokinetics. *European Journal of Clinical Pharmacology*, v. 15, p. 193–197, 1979. <https://doi.org/10.1007/BF00563105>

BACK, D. J. et al. The effect of rifampicin on the pharmacokinetics of ethynylestradiol in women. *Contraception*, v. 21, p. 135–143, 1980. [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(80\)90125-0](https://doi.org/10.1016/0010-7824(80)90125-0)

BARDITCH-CROVO, P. et al. The effects of rifampin and rifabutin on the pharmacokinetics and pharmacodynamics of a combination oral contraceptive. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, v. 65, n. 4, p. 428–438, 1999. [https://doi.org/10.1016/S0009-9236\(99\)70138-4](https://doi.org/10.1016/S0009-9236(99)70138-4)

BARSOUM, M. K. et al. Is progestin an independent risk factor for incident venous thromboembolism? A population-based case-control study. *Thrombosis Research*, v. 126, n. 5, p. 373–378, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2010.08.010>

BERRY–BIBEE, E. et al. Co–administration of St. John's wort and hormonal contraceptives: a systematic review. *Contraception*, v. 94, n. 6, p.668–677, 2016.

BOEHRINGER INGELHEIM FARMACÊUTICA. Aptivus (tipranavir) [Bula]. Ridgefield, CT: Boehringer Ingelheim Farmacêutica, 2005.

BOLT, H. M.; BOLT, M. KAPPUS, H. Interaction of rifampicin treatment with pharmacokinetics and metabolism of ethinyloestradiol in man. *Acta Endocrinologica*, v. 85, p. 189–197, 1977. Disponível em: <https://doi.org/10.1530/acta.0.0850189>

BOOZALIS, A.; TUTLAM, N. T.; CHRISMAN ROBBINS, C.; PEIPERT, J. F. Sexual Desire and Hormonal Contraception. *Obstetrics and Gynecology*, v. 127, n. 3, p. 563–572, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000001286>

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bula do Medicamento. Diane® 35. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=DIANE%2035>. Acesso em: 8 jun. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Bula do Medicamento. Diane® 35. Disponível em: <https://consultas.anvisa.gov.br/#/bulario/q/?nomeProduto=DIANE%2035>. Acesso em: 8 jun. 2024.

BRISTOL–MYERS SQUIBB. Reyataz (sulfato de atazanavir) [Bula]. Princeton, NJ: Bristol–Myers Squibb, 2003.

BRYNHILDSEN, J. Combined hormonal contraceptives: prescribing patterns, compliance, and benefits versus risks. *Therapeutic Advances in Drug Safety*, v. 5, n. 5, p. 201–213, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/2042098614548857>

CAMPLI, Jennifer A.; RAFIE, Sally; NEWLON, Jenny L.; MEREDITH, Ashley H. Implementation of pharmacist–prescribed contraceptive services: A case series of early adopters. *JAPhA Practice Innovations*, v. 1, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.japhpi.2024.100011>

CDC – CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Division of Reproductive Health, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion. CDC Contraceptive Guidance for Health Care Providers. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/append>

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use (MEC), 2015. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html>. Acesso em: 8 jun. 2024.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Adults and Adolescents with HIV. 2020. Disponível em: <https://clinicalinfo.hiv.gov/sites/default/files/guidelines/documents/adult-adolescent-arv/guidelines-adult-adolescent-arv.pdf>. Acesso em: 3 jun. 2024.

CLARK, R. A.; THEALL, K. Population-based study evaluating association between selected antiretroviral therapies and potential oral contraceptive failure. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 37, n. 1, p. 1219–1220, 2004. <https://doi.org/10.1097/01.qai.0000136724.15758.ae>

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. Manual de equivalência e correção. Brasília: Conselho Federal de Farmácia, 2017. 72 p.

CONTRACEPTIVE GUIDANCE FOR HEALTH CARE PROVIDERS. 2023. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/append>. Acesso em: 13 jun. 2024.

CURTIS, K. M.; JATLAOUI, T. C.; TEPPER, N. K. et al. U.S. Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016. *MMWR Recommendations and Reports*, v. 65, n. RR-4, p. 1–66, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6504a1>

DEHLENDORF, C. Contraception: Counseling and selection. UpToDate, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-and-selection?search=Contraception%3A%20Counseling%20and%20selection&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1.

GALLO, M. F., GRIMES, D. A., LOPEZ, L. M., SCHULZ, K. F., & D'ARCANGUES, C. Combination injectable contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2008, n. 4, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004568.pub3>

GALLO, M. F. et al. 20 µg versus >20 µg estrogen combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. CD003989, 2013. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003989.pub5>.

GALLO, M. F. et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. CD003987, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003987.pub5>.

GARCÍA-SÁENZ, M.; IBARRA-SALCE, R.; POZOS-VARELA, F. J. et al. Understanding Progestins: From Basics to Clinical Applicability. *Journal of Clinical Medicine*, v. 12, n. 10, p. 3388, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.3390/jcm12103388>

GRACE, E. et al. Adolescents' compliance with the use of oral contraceptives. *JAMA*, v. 257, n. 24, p. 3377–3381, 1987. <https://doi.org/10.1001/jama.1987.03390240083028>

GUAZZELLI, et al. Managing Adverse Effects of Hormonal Contraceptives. *Am Fam Physician*, v. 82, n. 12, p. 1499–1506, 2010.

INGERSOLL, K. S.; COHEN, J. The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 31, n. 3, p. 213–224, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10865-007-9147-y>

IVERSEN, L. et al. Lifetime cancer risk and combined oral contraceptives: the Royal College of General Practitioners' Oral Contraception Study. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 216, n. 6, p. 580.e1–580.e9, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.02.002>

KERS, J; Darney, PD. Contraception: Hormonal contraceptive vaginal rings. *UpToDate*. 2021.

KOONER, M.; JOSEPH, H.; GRIFFIN, B. et al. Hormonal contraception prescribing by pharmacists: 2019 update. *Journal of the American Pharmacists Association* (2003), v. 60, n. 5, p. e34–e39, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2020.01.015>

LE, Y. L.; RAHMAN, M.; BERENSON, A. B. Early weight gain predicting later weight gain among depot medroxyprogesterone acetate users. *Obstetrics and Gynecology*, v. 114, n. 2, p. 279–284, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e3181af68b2>.

LEBEL, M. et al. Effects of rifabutin and rifampicin on the pharmacokinetics of ethinylestradiol and norethindrone. *Journal of Clinical Pharmacology*, v. 38, n. 11, p. 1042–1050, 1998. [https://doi.org/10.1016/S0009-9236\(99\)70138-4](https://doi.org/10.1016/S0009-9236(99)70138-4)

LEGRO, R. S. et al. Effects of continuous versus cyclical oral contraception: a randomized controlled trial. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 93, n. 2, p. 420–429, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1210/jc.2007-2287>

LIDEGAARD, Ø.; EDSTRÖM, B.; KREINER, S. Oral contraceptives and venous thromboembolism: a five-year national case-control study. *Contraception*, v. 65, n. 3, p. 187–196, 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0010-7824\(01\)00307-9](https://doi.org/10.1016/s0010-7824(01)00307-9)

LOHR, P. A.; CREININ, M. D. Oral contraceptives and breakthrough bleeding: what patients need to know. *Journal of Family Practice*, v. 55, n. 10, p. 872–880, 2006.

LONDON, A.; JENSEN, J. T. Rationale for eliminating the hormone-free interval in modern oral contraceptives. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, v. 134, n. 1, p. 8–12, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.10.028>

LOPEZ, L. M. et al. Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, v. 2013, n. 4, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003552.pub4>

MACHADO, R. B.; POLITANO, C. A. Progestogen-only oral contraceptives. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, v. 44, n. 4, p. 442-448, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1055/s-0042-1748754>

MALMBORG, A.; PERSSON, E.; BRYNHILDSEN, J.; HAMMAR, M. Hormonal contraception and sexual desire: A questionnaire-based study of young Swedish women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, v. 21, n. 2, p. 158-167, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1079609>

MARK, K. P.; LEISTNER, C. E.; GARCIA, J. R. Impact of Contraceptive Type on Sexual Desire of Women and of Men Partnered to Contraceptive Users. *Journal of Sexual Medicine*, v. 13, n. 9, p. 1359-1368, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.06.011>

MARTIN, K. A. et al. Evaluation and Treatment of Hirsutism in Premenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, v. 103, n. 4, p. 1233, 2018.

McDONALD, J.; MORRIS, C.; PLEDGER, M. et al. A national survey of pharmacists and interns in Aotearoa New Zealand: provision and views of extended services in community pharmacies. *BMC Health Services Research*, v. 21, n. 1, p. 1147, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07158-w>

MEDICINES AND HEALTHCARE PRODUCTS REGULATORY AGENCY. Levonorgestrel-containing emergency hormonal contraception: Advice on interactions with hepatic enzyme inducers and contraceptive efficacy. GOV.UK. Disponível em: <https://www.gov.uk/drug-safety-update/levonorgestrel-containing-emergency-hormonal-contraception-advice-on-interactions-with-hepatic-enzyme-inducers-and-contraceptive-efficacy>.

MELO, Thiago Afonso Rodrigues et al. Protocolo clínico para prescrição farmacêutica de contraceptivos hormonais em âmbito institucional. 2020.

MEYER, B.; MÜLLER, F.; WESSELS, P.; MAREE, J. Um modelo para detectar interações entre roxitromicina e contraceptivos orais. 1990. v. 47, p. 671-674. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/clpt.1990.92>

MILSOM, I. et al. Effects on cycle control and bodyweight of the combined contraceptive ring, NuvaRing, versus an oral contraceptive containing 30 microg ethinyl estradiol and 3 mg drospirenone. *Human Reproduction*, v. 21, n. 9, p. 2304-2311, 2006. <https://doi.org/10.1093/humrep/del162>

NANDA, K. et al. Pharmacokinetic interactions between depot medroxyprogesterone acetate and combination antiretroviral therapy. *Fertility and Sterility*, v. 90, n. 4, p. 965-971, 2008. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2007.07.1348>

NAVARRETE, J.; HUGHES, C. A.; YUKSEL, N.; SCHINDEL, T. J.; MAKOWSKY, M. J.; YAMAMURA, S. Community pharmacists' provision of sexual and reproductive health services: A cross-sectional study in Alberta, Canada. *Journal of the American Pharmacists Association*

(2003), v. 62, n. 4, p. 1214–1223, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2022.01.018>

NELSON, A. et al. Efficacy and bleeding profile of a combined oral contraceptive containing oestradiol valerate/dienogest: a pooled analysis of three studies conducted in North America and Europe. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, v. 18, n. 4, p. 264–273, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.3109/13625187.2013.780202>

NEW ZEALAND GAZETTE. Specified Prescription Medicines for Designated Pharmacist Prescriber. *Gazette.govt.nz*, 2022. Disponível em: <https://gazette.govt.nz/notice/id/2022-go2107>

NOCKE-FINCK, L.; BREUER, H.; REIMERS, D. *Dtsch Med Wochenschr*, 1973. v. 98, p. 1521–1523. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1055/s-0028-1107071>

OHMAN, I.; LUEF, G.; TOMSON, T. Effects of pregnancy and contraception on lamotrigine disposition: new insights through analysis of lamotrigine metabolites. *Seizure*, v. 17, n. 2, p. 199–202, 2008. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.seizure.2007.11.017>

PALACIOS, S.; COLLI, E.; REGIDOR, P. A. Bleeding profile of women using a drospirenone-only pill 4 mg over nine cycles in comparison with desogestrel 0.075 mg. *PLoS One*, v. 15, n. 6, e0231856, 2020. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231856>

PATEL, R. C.; ONONO, M.; GANDHI, M.; et al. Taxas de gravidez em mulheres HIV-positivas que usam contraceptivos e terapia antirretroviral à base de efavirenz ou nevirapina no Quênia: um estudo de coorte retrospectivo. *Lancet HIV*, 2015. v. 2, p.474–482. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018\(15\)00184-8](http://dx.doi.org/10.1016/S2352-3018(15)00184-8)

PIGUET, B.; MUGLIONI, J. F.; CHALINE, G. Letter: Oral contraception and rifampicin. *Nouv Presse Med*, v. 04, p. 115–116, 1975

PYRA, M.; HEFFRON, R.; MUGO, N. R.; et al. Partners in the HSV/HIV Transmission Prevention Trial and Partners in the PrEP Trial Teams. Efficacy of hormonal contraception in HIV-infected women taking antiretroviral therapy. *AIDS*, 2015. v. 29, p. 2353–2359. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1097/QAD.0000000000000827>

QUEENSLAND GOVERNMENT. Changes to make it easier for Queensland women to access contraceptives. *statements.qld.gov.au*, 2024. Disponível em: <https://statements.qld.gov.au/statements/99941#:~:text=Health%20Minister%20Shannon%20Fentiman%20has,contraceptives%20through%20their%20local%20pharmacy>

REGIDOR, P. A.; COLLI, E.; PALACIOS, S. Overall and bleeding-related discontinuation rates of a new oral contraceptive containing 4 mg drospirenone only in a 24/4 regimen and comparison to 0.075 mg desogestrel. *Gynecological Endocrinology*, v. 37, n. 12, p. 1121–1127, 2021. <https://doi.org/10.1080/09513590.2021.1963432>

REIMERS, A.; HELDE, G.; BRODTKORB, E. Ethinyl estradiol, not progestogens, reduces lamotrigine serum concentrations. *Epilepsia*, 2005. v. 46, p. 1414–1417. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1167.2005.10105.x>

REIMERS, D.; JEZEK, A. The simultaneous use of rifampicin and other antitubercular agents with oral contraceptives. *Prax Pneumol*, 1971. v. 25, p. 255–262

ROSENBERG, M. J.; WAUGH, M. S.; STEVENS, C. M. Smoking and cycle control among oral contraceptive users. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 174, n. 2, p. 628–632, 1996. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(96\)70440-4](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(96)70440-4)

ROSENFELD, W. E.; DOOSE, D. R.; WALKER, S. A.; NAYAK, R. K. Effect of topiramate on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing norethindrone and ethinyl estradiol in patients with epilepsy. *Epilepsia*, 1997. v. 38, p. 317–323. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1528-1157.1997.tb01123.x>

SABERS, A. et al. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. *Epilepsy Research*, v. 47, n. 1–2, p. 151–154, 2001. Lamotrigine plasma levels reduced by oral contraceptives. [https://doi.org/10.1016/s0920-1211\(01\)00305-9](https://doi.org/10.1016/s0920-1211(01)00305-9)

SABRES, A.; OHMAN, I.; CHRISTENSEN, J.; TOMSON, T. Os contraceptivos orais reduzem os níveis plasmáticos de lamotrigina. *Neurologia*, 2003. v. 61, p. 570–571. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1212/01.WNL.0000076485.09353.7A>

SACCO, S. et al. Effect of exogenous estrogens and progestogens on the course of migraine during reproductive age: a consensus statement by the European Headache Federation (EHF) and the European Society of Contraception and Reproductive Health (ESCRH). *Journal of Headache and Pain*, v. 19, n. 1, p. 76, 2018. <https://doi.org/10.1186/s10194-018-0896-5>

SCHOLES, D. et al. Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception. *Obstetrics and Gynecology*, v. 93, n. 2, p. 233–238, 1999. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(98\)00447-5](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(98)00447-5)

SCHWALLIE, P. C.; ASSENZO, J. R. The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following its discontinuation: a review. *Contraception*, 1974. v. 10, n. 2, p. 181–202. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0010-7824\(74\)90073-0](https://doi.org/10.1016/0010-7824(74)90073-0)

SEKAR, V. J.; LEFEBVRE, E.; GUZMAN, S. S.; et al. Pharmacokinetic interaction between ethinyl estradiol, norethindrone and darunavir with low-dose ritonavir in healthy women. *Antivir Ther*, 2008. v. 13, p. 563–569. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/135965350801300415>

SEVINSKY, H.; ELEY, T.; PERSSON, A.; et al. The effect of efavirenz on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and norgestimate in

healthy HIV-negative women. *Antivir Ther*, 2011. v. 16, p. 149–156. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3851/IMP1725>

SHULMAN, L. P. The state of hormonal contraception today: benefits and risks of hormonal contraceptives: combined estrogen and progestin contraceptives. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, v. 205, n. 4 Suppl, p. S9–S13, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2011.06.057>

SIDHU, J. et al. The pharmacokinetic and pharmacodynamic consequences of the co-administration of lamotrigine and a combined oral contraceptive in healthy female subjects. *British Journal of Clinical Pharmacology*, v. 61, n. 2, p. 191–199, 2006. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2005.02539.x>

SKOLNICK, J. L.; STOLER, B. S.; KATZ, D. B.; ANDERSON, W. H. Rifampin, Oral Contraceptives, and Pregnancy. *Jama Network*, v. 236, p. 1382, 1976. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1976.03270130044027>

SOON, J. A.; WHELAN, A. M.; YUKSEL, N.; RAFIE, S. Enhancing access to contraception through pharmacists prescribing across Canada. *Canadian Pharmacists Journal (Ottawa)*, v. 154, n. 6, p. 356–362, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17151635211034534>

STEWART, M.; BLACK, K. Choosing a combined oral contraceptive pill. *Australian Prescriber*, v. 38, n. 1, p. 6–11, 2015. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2015.002>

SULAK, P. J. et al. Hormone withdrawal symptoms in oral contraceptive users. *Obstetrics and Gynecology*, v. 95, n. 2, p. 261–266, 2000. [https://doi.org/10.1016/s0029-7844\(99\)00524-4](https://doi.org/10.1016/s0029-7844(99)00524-4)

SZOKA, P. R.; EDGREN, R. A. Drug interactions with oral contraceptives: compilation and analysis of an adverse experience report database. *Fertil Steril*, v. 49, Suplemento 2, p. 31S–38S.

THAYER, N.; WHITE, S.; FRISHER, M. Describing the impact of community pharmacy organisation type on emergency hormonal contraception services in England. *International Journal of Pharmacy Practice*, v. 30, n. 6, p. 514–519, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/ijpp/riac067>

TUOK, D. Emergency contraception. *UpToDate*, 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/emergency-contraception?search=contracepcion%20de%20emergencia&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1

VAN VLIET, H. A. et al. Biphase versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. CD002032, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002032.pub2>

VAN VLIET, H. A. et al. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. CD003553, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003553.pub3>

VIGO, F., Lubianca, J. N., & Corleta, H. V. E. (2011). Progestógenos: farmacologia e uso clínico. *Femina*.

WEGNER, I. et al. Lamotrigine kinetics within the menstrual cycle, after menopause, and with oral contraceptives. *Neurology*, v. 73, n. 17, p. 1388–1393, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e3181bd8295>

WHALEN, A.; BRATBERG, J.; COHEN, L.; ORR, K.; LEMAY, V. Assessing pharmacist and clinician perspectives on pharmacist–prescribed hormonal contraceptives. *Journal of the American Pharmacists Association* (2003), v. 64, n. 1, p. 314–320.e3, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.japh.2023.11.013>

WIESINGER, H. et al. The effects of weak and strong CYP3A4 induction by rifampicin on the pharmacokinetics of five progestins and ethinylestradiol compared to midazolam. *Clinical Pharmacology and Therapeutics*, v. 108, n. 4, p. 798–807, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/cpt.1848>

YUKSEL, N.; WHELAN, A. M. A practice tool for initiating and managing combined hormonal contraceptives for contraception: Assessment, decision–making and monitoring. *Canadian Pharmacists Journal* (Ottawa), v. 157, n. 1, p. 30–38, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/17151635231215061>

ZHANEL, G. G.; SIEMENS, S.; SLAYTER, K.; MANDELL, L. Antibiotic and oral contraceptive drug interactions: Is there a need for concern? *Can J Infect Dis.*, v. 10, p. 429, 1999. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1155/1999/539376>

ZHANG, J.; CHUNG, E.; YONES, C.; et al. The effect of atazanavir/ritonavir on the pharmacokinetics of an oral contraceptive containing ethinyl estradiol and norgestimate in healthy women. *Antivir Ther*, 2011. v. 16, p. 157–164. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3851/IMP1724>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Apresentações que não possuem estudos para contracepção.

Princípio ativo (nome comercial do medicamento referência)	Concentração / Forma farmacêutica	Principais indicações
Acetato de Medroxiprogesterona (Provera®)	10 mg / Comprimido	Amenorreia secundária; Tratamento do sangramento uterino disfuncional devido ao desequilíbrio hormonal na ausência de doenças orgânicas; Terapia hormonal em oposição aos efeitos endometriais do estrogênio em mulheres na menopausa não hysterectomizadas, como complemento ao tratamento estrogênico.
Acetato de Nomegestrol (Lutenil®)	5 mg / Comprimido	Pré-menopausa para tratamento de distúrbios menstruais; Pós-menopausa para tratamento de sintomas da menopausa, em associação com um medicamento de ação estrogênica.
Acetato de Noretisterona (Primolut-Nor®)	10 mg / Comprimido	Sangramentos uterinos disfuncionais, distúrbios menstruais, sintomas pré-menstruais e doenças da mama.

<p>Didrogesterona (Duphaston®; Lumigest®)</p>	<p>10 mg / Comprimido</p>	<p>Dismenorreia; endometriose; amenorreia secundária; ciclos irregulares; sangramento uterino anormal, síndrome pré-menstrual; aborto habitual ou ameaça de aborto; infertilidade devido à insuficiência lútea; terapia de reposição hormonal.</p>
<p>Didrogesterona + Estradiol Hemi- hidratado (Femoston®; Climaston®)</p>	<p>(1 + 10) mg / Comprimido revestido (1 + 5) mg / Comprimido revestido</p>	<p>Terapia de reposição hormonal para mulheres que se encontram na perimenopausa, que não menstruam há pelo menos 6 meses, ou em mulheres na pós-menopausa.</p>
<p>Dienogeste (Dienogeste®; Ludili ED®; Dinorá®; Alandre®; Kalist®/ Meluren®; Allurene®)</p>	<p>2 mg / Comprimido</p>	<p>Tratamento da endometriose.</p>
<p>Drospirenona + Estradiol Hemi- hidratado (Angeliq®)</p>	<p>(1 + 2) mg / Comprimido</p>	<p>Terapia de reposição hormonal para o tratamento de sintomas do climatério em mulheres na pós-menopausa há mais de um ano, tais como ondas de calor e suor excessivo, distúrbios do sono, comportamento depressivo, nervosismo e sinais de involução da bexiga e dos órgãos genitais.</p>
<p>Estradiol (Sandrena®)</p>	<p>Cada sachê com 0,5 g contém 0,5 mg de estradiol ou com 1,0 g contendo 1,0 mg de estradiol.</p>	<p>Terapia de reposição hormonal para sintomas de deficiência do hormônio estrogênio em mulheres na pós-menopausa. Prevenção da osteoporose em mulheres na pós-menopausa que apresentam risco elevado de fraturas e para as quais outros medicamentos contra a osteoporose não são apropriados ou são contraindicados.</p>
<p>Estradiol Hemi- hidratado (Estradot®)</p>	<p>100 mcg/dia Adesivo Transdermico</p>	<p>Alívio dos sintomas da menopausa; prevenção da osteoporose.</p>

Estradiol Hemi-hidratado (Estreva®)	1 mg/g / Gel	Tratamento de deficiência hormonal de mulheres após a menopausa, que sofreram cirurgia para remoção dos ovários, e para aquelas cujos ovários não funcionam plenamente.
Estradiol Hemi-hidratado (Oestrogel®)	0,6 mg/g / Gel	Tratamento de sinais e sintomas oriundos da deficiência do estrogênio relacionados a menopausa natural ou cirúrgica (ondas de calor, transpiração noturna, atrofia vaginal, vulvar e uretral e distúrbio no sono e astenia) e prevenção da osteoporose (perda óssea) pós-menopausa.
Progesterona (Gynpro®; Utrogestan®)	100 mg / Cápsula mole 200 mg / Cápsula mole	<p><u>Via oral</u> Distúrbios da ovulação relacionados à deficiência de progesterona, como dor e outras alterações do ciclo menstrual, amenorreia secundária e alterações benignas da mama; insuficiência lútea (diminuição de progesterona na segunda fase do ciclo); estados de deficiência de progesterona, na pré-menopausa e na reposição hormonal da menopausa (como complemento à terapia com estrogênio).</p> <p><u>Via vaginal</u> Suporte de progesterona durante a insuficiência ovariana ou carência ovariana completa de mulheres com diminuição da função ovariana (doação de oócitos); suplementação da fase lútea durante ciclos de fertilização <i>in vitro</i> ou ICSI (Injeção Intracitoplasmática de espermatozoides); suplementação da fase lútea durante ciclos espontâneos ou induzidos (uso de indutores da ovulação), em caso de subfertilidade ou infertilidade (dificuldade de engravidar) primária ou secundária particularmente devido à anovulação (suspensão ou cessação da ovulação); ameaça de aborto precoce ou prevenção de aborto devido à insuficiência lútea (durante os primeiros três meses de gravidez).</p>
Promestrieno (Colpotrofine®)	10 mg / Cápsula gel mole	Tratamento de alterações tróficas (distúrbios) da vulva e da vagina, causados pela redução ou falta de estrogênio no organismo. Também é indicado para acelerar a cicatrização de lesões na vagina e colo do útero no período pós-parto normal, pós-cirurgia ou após terapias locais com agentes físicos.

Fonte: CFF, 2024. Referência: ANVISA, 2024.

APÊNDICE 2

Principais orientações relacionadas aos contraceptivos hormonais.

ADESIVO	
Orientações de uso	Comentários
<p>1. Início da terapia com adesivo</p> <ul style="list-style-type: none">– O início do adesivo deve ser no primeiro dia do ciclo menstrual (primeiro dia de sangramento); nesse caso o uso de método reserva para os primeiros sete dias não é necessário.– Se iniciada em qualquer dia do ciclo menstrual, é recomendado usar um método adicional de contracepção (por exemplo: preservativo) durante os primeiros 7 dias de uso. <p>2. Escolha do local de aplicação:</p> <ul style="list-style-type: none">– A área escolhida para aplicação do adesivo deve ser uma área limpa, seca e sem pelos. Os locais mais indicados incluem a parte externa superior do braço, a parte inferior do abdômen e as nádegas.– Não aplique em áreas onde a pele está irritada, lesionada ou onde as roupas podem apertar ou causar fricção. <p>3. Aplicação do adesivo:</p> <ul style="list-style-type: none">– Abra a embalagem e retire cuidadosamente o adesivo.– Remova a película protetora, segurando apenas nas áreas indicadas, geralmente as extremidades. Evite tocar no centro do adesivo para não deteriorar a área de concentração do ativo.– Aplique o adesivo diretamente sobre a pele (conferir orientações de escolha do local), pressionando firmemente por alguns segundos	<p>1. Se o adesivo descolar ou houver esquecimento no momento de troca em tempo <u>inferior</u> a 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none">–Tente reaplicar o mesmo adesivo em um local diferente; caso observe insegurança no processo de adesão à pele, substitua por um novo adesivo imediatamente.–Mantenha o mesmo dia de troca, respeitando o período de pausa. <p>2. Se o adesivo descolar ou houver esquecimento no momento de troca em tempo <u>superior</u> a 24 horas:</p> <ul style="list-style-type: none">– Aplique um novo adesivo assim que lembrar.– O dia de aplicação será o novo "Dia 1" a partir dessa nova data, ajustar o calendário de troca e pausa.– ATENÇÃO: Nesses casos, utilize um método contraceptivo adicional (como preservativo) pelos próximos 7 dias. <p>3. Posso fazer uso sem interrupção (ciclo prolongado)?</p> <p>Não existem estudos conclusivos sobre o aumento do risco TEV em ciclos prolongados sem interrupção (uso off-label).</p>

para garantir a aderência. Certifique-se que as extremidades estão bem aderidas à pele.

- Não utilize cremes, óleos, loções ou outros produtos cosméticos no local de aplicação, nem antes nem durante o período de uso do adesivo. Isto poderá fazer com que o adesivo se descole.

4. Troca do adesivo:

- Use o adesivo por uma semana (7 dias).
- Troque o adesivo no mesmo dia da semana, a cada semana.
- A cada troca de adesivo faça um rodízio do local de aplicação.
- Após três semanas consecutivas de uso (21 dias), faça uma pausa de uma semana (7 dias) sem adesivo. Durante a semana de pausa, você pode ter um sangramento semelhante ao período menstrual.

5. Precauções ao usar o adesivo:

- Verifique diariamente se o adesivo está bem aderido à pele.
- Evite expor o adesivo a fontes de calor intenso, como banheiras de hidromassagem e saunas.
- Se o adesivo descolar parcialmente ou totalmente, consulte as informações de possíveis intercorrências ao lado e as instruções específicas fornecidas com o medicamento para saber como proceder.

ANEL VAGINAL

Orientações de uso	Comentários
<p>1. Início da terapia de contracepção com anel vaginal</p> <ul style="list-style-type: none">– Inicie o uso do anel vaginal no primeiro dia do seu ciclo menstrual (primeiro dia de sangramento).– Se começar entre o segundo e o quinto dia do ciclo, use um método contraceptivo adicional (como preservativos) durante os primeiros 7 dias de uso do anel. <p>2. Inserção do anel vaginal</p> <ul style="list-style-type: none">– Lave bem as mãos antes de manusear o anel.– Primeiro oriente que a paciente esteja em uma posição confortável (deitada, agachada ou em pé com uma perna levantada),– Pressione os lados do anel juntos e o insira o mais profundamente possível na vagina– O anel deve ficar confortável. Em caso de desconforto, ele deve ser empurrado um pouco mais para dentro. <p>3. Duração do uso</p> <ul style="list-style-type: none">– Deixe o anel na vagina por 3 semanas consecutivas (21 dias).– Após 3 semanas, remova o anel no mesmo dia da semana e aproximadamente na mesma hora em que foi inserido. Faça uma pausa de 1 semana (7 dias) sem o anel. Durante essa semana, você provavelmente terá um sangramento semelhante ao período menstrual.– Após a pausa de 7 dias, insira um novo anel, mesmo que ainda esteja com sangramento. <p>4. Remoção do anel vaginal</p> <ul style="list-style-type: none">– Lave bem as mãos antes de remover o anel.	<p>O que fazer em caso de anel esquecido ou expulso?</p> <p>1. Esquecimento de inserir o novo anel após a pausa:</p> <ul style="list-style-type: none">– Se o esquecimento for menor que 7 dias, insira um novo anel assim que lembrar e use um método contraceptivo adicional pelos próximos 7 dias.– Se o esquecimento for maior que 7 dias, insira um novo anel assim que lembrar, use um método contraceptivo adicional pelos próximos 7 dias e consulte seu médico. <p>2. Expulsão do anel (menos de 3 horas):</p> <ul style="list-style-type: none">– Lave o anel com água fria ou morna (não use água quente) e insira-o novamente.– Não é necessário usar um método contraceptivo adicional. <p>3. Expulsão do anel (mais de 3 horas)</p> <ul style="list-style-type: none">– Lave o anel com água fria ou morna e insira-o novamente assim que possível.– Use um método contraceptivo adicional pelos próximos 7 dias.

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Para remover o anel, coloque o dedo na borda do anel e puxe-o gentilmente para fora.- Descarte o anel usado de forma segura, preferencialmente em um saco plástico para evitar exposição ao meio ambiente. | |
|---|--|

INJETÁVEL

Orientações de uso	Comentários
<p>1. Início da terapia de contracepção injetável</p> <ul style="list-style-type: none"> – A maioria das injeções contraceptivas podem ser iniciadas em qualquer dia do ciclo menstrual, inclusive fora do período menstrual; nesse caso, é necessário usar um método contraceptivo adicional pelos primeiros sete dias. – Caso a primeira injeção seja no primeiro dia do ciclo menstrual (primeiro dia de sangramento) até o sétimo dia após o início do sangramento, a contracepção de reserva para os primeiros sete dias não é necessária. <p>2. Administração da injeção</p> <ul style="list-style-type: none"> – A injeção deve ser aplicada por um profissional de saúde habilitado. – Deve ser administrada via intramuscular profunda, preferencialmente no glúteo. – A injeção intramuscular em pacientes com prótese de silicone nas nádegas pode ser realizada na região ventroglútea. – Homogeneizar imediatamente antes do uso para garantir que a dose administrada representa uma suspensão uniforme. – A injeção deve ser injetada imediatamente após a sua preparação. – As injeções devem ser administradas de forma lenta. <p>3. Esquema de aplicação</p> <ul style="list-style-type: none"> – Injeção combinada: administrada a cada 30 dias (mensalmente). – Injeção de progestágeno: administrada a cada 12 semanas (trimestralmente). 	<p>O que fazer em caso de esquecimento ou atraso?</p> <p>Esquecimento ou atraso da injeção combinada:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se estiver atrasada em até 7 dias, aplique a injeção assim que possível. Não é necessário usar um método contraceptivo adicional. – Se o atraso for maior que 7 dias, aplique a injeção assim que possível e use um método contraceptivo adicional pelos próximos 7 dias. <p>Esquecimento ou atraso da injeção de progestágeno:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Se estiver atrasada em até 2 semanas, aplique a injeção assim que possível. Não é necessário usar um método contraceptivo adicional. – Se o atraso for maior que 2 semanas, aplique a injeção assim que possível e use um método contraceptivo adicional pelos próximos 7 dias. <p>ATENÇÃO: Em mulheres com mais de duas semanas de atraso para a injeção (> 15 dias a partir da última injeção), sugerimos um teste de gravidez antes de administrar; mesmo que o teste seja negativo, recomenda-se utilizar método de barreira por sete dias.</p>

PÍLULA ORAL

Orientações de uso	Comentários
<p>1. Início da terapia com pílula</p> <p>– A maioria das pílulas (com exceção das pílulas multifásicas) podem ser iniciadas em qualquer dia do ciclo menstrual, contudo, deve ser recomendado usar um método adicional de contracepção durante os primeiros 7 dias de uso.</p> <p>– Em caso de início da pílula no primeiro dia do ciclo menstrual (primeiro dia de sangramento) a contracepção de reserva para os primeiros sete dias de uso não é necessária.</p> <p>2. Tomada diária da pílula</p> <p><u>Uso cíclico (com pausa)</u></p> <p>– Tome a pílula em dias consecutivos, preferencialmente no mesmo horário.</p> <p>– Faça pausas de acordo com a indicação da pílula selecionada. Os esquemas mais comuns incluem 21 dias de uso de pílulas contendo hormônios e 7 dias consecutivos de privação de uso ou com comprimidos placebos. Existem ainda esquemas de 24 dias de uso consecutivo com hormônios e 4 dias de pausa ou em uso de comprimido placebo. Podem existir variações de esquema, por isso é muito importante conferir as informações de cada medicamento.</p> <p><u>Uso prolongado (pausa após períodos prolongados de uso contínuo)</u></p> <p>– A utilização em regime prolongado se dá quando o uso da pílula é realizado sem interrupção por períodos prolongados, geralmente três meses. Após esse período ocorre pausa de 7 dias. Outro esquema utilizado é o uso contínuo da pílula por até um ano.</p>	<p>O que fazer em caso de pílula esquecida:</p> <p>1. Esquecimento inferior a 12 horas:</p> <p>– Tome a pílula esquecida assim que lembrar.</p> <p>– Tome a próxima pílula no horário habitual.</p> <p>2. Esquecimento superior a 12 horas:</p> <p>– Tome a pílula esquecida assim que lembrar.</p> <p>– Continue com a próxima pílula no horário habitual (pode tomar duas pílulas no mesmo dia).</p> <p>– ATENÇÃO: Nesses casos, utilize um método contraceptivo adicional (como preservativos) pelos próximos 7 dias.</p> <p>3. Esquecimento de duas ou mais pílulas:</p> <p>– Consulte as instruções específicas do medicamento na bula.</p> <p>– Pode ser necessário usar um método contraceptivo adicional e realização de teste de gravidez. Encaminhar ao médico, se teste positivo.</p> <p>Quando ocorrer sangramento durante o uso da pílula, o método contraceptivo não funcionou? O que fazer?</p> <p>– O sangramento não programado pode acontecer e não é um sinal de</p>

diminuição da eficácia contraceptiva.
Continuar o uso normalmente.

Em caso de vômito ou diarreia?

- Se o vômito ocorrer após 30 minutos da tomada da pílula não há necessidade de um novo comprimido.
- Se o vômito tiver ocorrido em até 30 minutos da tomada da pílula repita a dose assim que amenizar o risco de episódio iminente.
- Se a paciente está com diarreia, deve usar camisinha durante todo o período da diarreia e depois por mais 7 dias após o fim da diarreia.

Fonte: CFF, 2024. Referência: Dehlendorf, 2024.

APÊNDICE 3

Comparação de eficácia entre os métodos contraceptivos.



Fonte: Adaptado de Kers, J; Darney, PD. Contraception: Hormonal contraceptive vaginal rings. UpToDate. 2021.



SHIS QI 15 - LOTE L - LAGO SUL - CEP: 71.635-615 - BRASÍLIA/DF

WWW.CFF.ORG.BR

ISBN 978-65-87599-53-3

