

Recomendações sobre Contraceção de Emergência

Autores:

Amália Pacheco, Ana Rosa Costa,
Isabel Martins, Fátima Palma,
Filomena Sousa, Maria do Céu
Almeida, Teresa Bombas



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEPÇÃO

www.spdc.pt

ABREVIATURAS:

AUP - Acetato de ulipristal

CE - Contraceção de Emergência

CHC - Contraceção Hormonal Combinada

COP - Contraceção Oral com Progestativo

CP - Contraceção com Progestativo

DIU - Dispositivo Intrauterino de Cobre

ECEC - Consórcio Europeu de Contraceção de Emergência

INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde I.P.

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LH - Hormona Luteínica

LNG - Levonorgestrel

LT - Laqueação de Trompas

OMS - Organização Mundial de Saúde

RSNP - Relação Sexual Não Protegida

SIU - Sistema Intrauterino de Levonorgestrel

TIG - Teste Imunológico da Gravidez

Índice

INTRODUÇÃO	4
Objetivos destas recomendações	4
Indicações para o uso de CE	5
TIPOS DE CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA	8
A ESCOLHA DA CE	10
COMO E ONDE OBTER A CE?	11
COMO ATUA A CE?	12
QUAL A EFICÁCIA DA CE?	14
A CE TEM CONTRAINDICAÇÕES?	15
QUAIS OS EFEITOS SECUNDÁRIOS DA CE?	16
ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO APÓS CE	17
QUESTÕES MAIS FREQUENTES	19
Exames necessários para o uso de CE	19
Consulta de revisão após utilização de CE	19
Amamentação	19
Interações medicamentosas	19
Eficácia da CE hormonal e Índice de Massa Corporal	21
Necessidade de repetição da CE	21
Impacto na utilização de outros métodos de contraceção	21

Introdução

O acesso à saúde sexual e reprodutiva é um direito fundamental contemplado na legislação. O avanço científico das últimas décadas permitiu ter disponíveis métodos de contraceção muito eficazes e seguros. A contraceção de emergência (CE) ou contraceção pós-coital é usada há mais de 30 anos e deve ser incluída no aconselhamento em saúde sexual e reprodutiva, uma vez que constitui a última oportunidade de prevenir a gravidez após uma Relação Sexual Não Protegida (RSNP). A Organização Mundial de Saúde (OMS) em Março de 2011 incluiu a contraceção de emergência com levonorgestrel na lista dos medicamentos essenciais ¹.

A CE reduz o risco de gravidez, após uma relação sexual não protegida ou inadequadamente protegida. A CE é segura e pode ser utilizada sempre que a mulher estiver em risco de uma gravidez não desejada. ^{2,3,4} Não é abortiva e portanto, em caso de gravidez, a sua utilização não provoca abortamento nem aumenta o risco de malformações fetais.

Os profissionais de saúde devem estar atualizados e aproveitarem a oportunidade da procura de contraceção de emergência para promoverem a importância do uso correto de um método contraceptivo na prevenção da gravidez não desejada.

Objetivos destas recomendações :

Este documento foi elaborado com base nas recomendações ² e nos critérios de elegibilidade para o uso de contraceção da OMS ³,

nas recomendações para o uso de CE do Consórcio Europeu de CE (ECEC)⁴ e em outras fontes de relevância científica ^{5,6}. Contém a informação mais atualizada sobre CE e tem como objetivo divulgar, esclarecer e apoiar os profissionais de saúde.

As recomendações são uma orientação para a prática clínica, não são obrigatórias nem vinculativas, promovem a uniformização de cuidados atualizados mas não substituem a individualização clínica.

Indicações para o uso de CE:

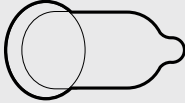
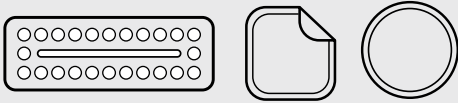
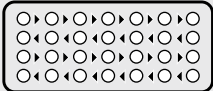

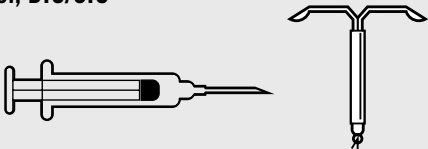
A determinação do risco de gravidez é complexa e depende de vários fatores incluindo a data da ovulação, a fertilidade do casal e o uso ou não de contraceção. A fase folicular (1ª fase do ciclo) tem uma duração variável sendo a fase luteínica (2ª fase do ciclo) relativamente constante. A conceção tem mais probabilidade de ocorrer na altura em que ocorre a ovulação e nas 24 horas que a sucedem.

O *período fértil* é muito variável, particularmente nas mulheres com ciclos irregulares, sendo poucos os dias do ciclo em que a mulher não tem risco de gravidez (teoricamente nos 3 primeiros dias do ciclo). ⁴

A CE está indicada nas relações sexuais não protegidas (RSNP) ⁴⁻⁶:

1. RS sem utilização de contraceção
2. RS não adequadamente protegida (Falha contraceptiva - Quadro 1)
3. Crime contra a autodeterminação sexual em mulher não utilizadora de método contraceptivo.

Quadro 1 - Falha contracetiva e indicação para CE

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

Tipos de contraceção de emergência:

Estão disponíveis em Portugal 3 formas de contraceção de emergência,⁴ que por ordem de eficácia são:

Quadro 2 - CE disponíveis em Portugal

Método	Nome comercial	Dose/via	Intervalo de eficácia
DIU cobre		Intrauterino	Nas 120 horas após a RSNP ou nos 5 dias a partir da data prevista para a ovulação ⁴
Acetato de ulipristal (AUP) (Modulador dos recetores progesterona)	EllaOne®	30 mg - via oral Toma única	Nas 120 horas após a RSNP
Levonorgestrel (LNG) (Progestativo)	Norlevo® Postinor®	1,5 mg - via oral Toma única	Nas 72 horas após a RSNP

O método de Yuzpe foi durante anos usado em Portugal, correspondendo ao uso de contraceção oral combinada (pílula) em dose e sequência específica. As pílulas devem ser tomadas de 12 em 12 horas, 1 dia. Em geral o regime é 4+4 pílulas, de forma a atingir a dose de 100-120 mcg de etinilestradiol e 0.50-0.60mg levonorgestrel (LNG) ou 1.0-1.2 mg norgestrel. É menos eficaz e tem mais efeitos secundários. No entanto é uma alternativa quando não existe acesso a CE.

A escolha da CE

A escolha da CE deverá basear-se na eficácia, no tempo que tenha decorrido desde a RSNP e na preferência da mulher.

Quadro 3 - A escolha da CE ⁴

Tempo decorrido desde a RSNP	Tipos de CE (por ordem de eficácia)
< 72 horas	DIU, AUP, LNG
72-120 horas	DIU, AUP LNG - não está licenciado para o uso numa RSNP com intervalo superior a 72h mas parece ter algum efeito.
>120 horas	DIU

Como e onde obter a CE?

A acessibilidade à CE é fundamental para a sua efetividade.

De acordo com o artigo 3º da Lei 12 de 29 de Maio de 2001 da Constituição Portuguesa, a CE está disponível ⁷:

- LNG gratuitamente (nos horários normais de funcionamento) nas consultas de Planeamento Familiar dos Centros de Saúde e Serviços de Ginecologia e Obstetrícia do Serviço Nacional de Saúde e nos Centros de Atendimento Jovem;
- DIU gratuitamente (nos horários normais de funcionamento) nas consultas de Planeamento Familiar dos Centros de Saúde e Serviços de Ginecologia e Obstetrícia do Serviço Nacional de Saúde e nos Centros de Atendimento Jovem;
- LNG e AUP nas farmácias;
- LNG nos locais licenciados para venda de medicamentos não sujeitos a receita médica autorizados pelo INFARMED ^{8,9}.

Como atua a CE?

A forma de atuação da CE depende do método utilizado¹⁰. A evidência científica suporta a hipótese de que a contraceção hormonal atua no bloqueio e atraso da ovulação^{11,12}.

O LNG atua a nível da hipófise bloqueando o pico de LH. Inibe ou atrasa a ovulação por um período que pode ir até 5 dias, dependendo da fase do ciclo e do intervalo de tempo ocorrido depois da RSNP. Atua na fase pré-ovulatória precoce. Não tem qualquer efeito se já se tiver iniciado a subida de LH ou no dia do pico de LH. Não tem qualquer efeito na fase ovulatória e pós-ovulatória^{11,12,13}.

O AUP atua na fase pré-ovulatória precoce e tardia, pois atua antes do início da subida de LH e até ao pico de LH. Parece ter efeito direto na via de regulação dos recetores de progesterona impedindo a rotura do folículo^{11,12,13}.

O AUP é eficaz numa fase em que o LNG já não o é, ou seja, mesmo antes da ovulação, numa fase em que a subida de LH já se iniciou. Atrasa a ovulação por um período de 5 dias o que corresponde ao tempo médio de vida dos espermatozóides no trato genital. É discutível se o AUP tem alguma ação a nível do endométrio na dose usada para CE não sendo evidente um efeito na implantação^{11,13}.

O DIU de cobre atua na fase pré-ovulatória, ovulatória e pós-ovulatória. O principal mecanismo de ação é impedir a fertilização do óvulo pela toxicidade do cobre sobre o espermatozóide. O DIU de cobre também interfere na nidação criando condições adversas no endométrio para a implantação do ovo^{11,13} (Quadro 4).

Quadro 4 - Mecanismo de ação^{11,12,13}

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

Qual a eficácia da CE?

Os estudos sobre a eficácia dos diferentes métodos de CE demonstram que o DIU de cobre é o método mais eficaz (taxa de falha de 0,04 a 0,19%) seguido do acetato de ulipristal (taxa de falha de 1,4%) e do levonorgestrel (taxa de falha de 2 a 3%)^{13,14,16,17} (Quadro 5).

Quadro 5 - Eficácia da CE^{13,14,16}

Método	Taxa de eficácia	Nº de mulheres que engravidaram por 1000 mulheres
DIU cobre	> 99% (nos 5 dias após RSNP)	1
AUP	99,1% (0-24h) 98,6% (0-72h) 98,7% (0-120h) ¹⁶	5
LNG	95% quando utilizado < 24h; 85% quando utilizado 24 - 48h; 58% quando utilizado 49 - 72h, após a RSNP	10

O DIU de cobre pode ser inserido nos 5 dias após a relação sexual não protegida sendo a sua eficácia idêntica ao longo das 120 h. Ideal para as mulheres que pretendem um método de CE e um método de contraceção eficaz e de longa duração, verificando-se taxas de continuação ao ano nos diversos estudos randomizados de 60 a 80%¹⁵.

O AUP é o segundo método de contraceção mais eficaz. Pode ser usado até 120 h após a RSNP e a sua eficácia não é significativamente dependente do intervalo de tempo entre a relação sexual e a toma. Mesmo nas primeiras 24 h a eficácia do AUP (nos diferentes estudos realizados) é superior ao levonorgestrel^{4,16,17}.

O LNG tem uma eficácia dependente do intervalo de tempo entre a relação sexual e a toma da CE, diminuindo ao longo do tempo: se for utilizado nas primeiras 24 h a eficácia é de 95%, quando utilizado entre as 24 e as 48 horas, desce para 85% e atinge os 58% nas utilizações entre as 49 e as 72 h após a RSNP. O LNG não está licenciado para uso após as 72 h. A OMS prevê a sua utilização até às 120 horas e a sua eficácia estima-se descer para 15 -20%^{16,17}.

Qualquer um destes métodos hormonais é menos eficaz do que a utilização regular de contraceção.

A CE tem contraindicações?

LNG - Não existem restrições médicas ao uso de CE com LNG^{3,4}. Embora deva ser utilizado com precaução nas mulheres com hipersensibilidade ao LNG^{3,4}.

AUP - Deve ser usado com precaução nas mulheres com asma não controlada, hipersensibilidade ao AUP^{3,4,18,19}.

DIU - Devem considerar-se os mesmos critérios de elegibilidade da OMS para o uso DIU⁴.

As contraindicações reconhecidas aos contracectivos orais combinados não se aplicam à CE hormonal^{3,4}.

Quais os efeitos secundários da CE?

A CE é segura e não está associada a nenhum efeito adverso grave. É importante informar a mulher que:

- Os efeitos secundários (cefaleias, náuseas, vômitos, tonturas, aumento da sensibilidade mamária e dores pélvicas) são raros, ligeiros, transitórios e sem necessidade de terapêutica adicional ^{16,17}.
- Não está recomendada a utilização de antieméticos profiláticos por rotina. Se ocorrerem vômitos num intervalo até 3 horas após a toma de LNG ou AUP deve repetir a CE com administração prévia de um antiemético ou optar pelo DIU de Cobre ^{5,19,20}.
- Com o uso de LNG a menstruação pode antecipar 1 a 2 dias e com o uso de AUP pode atrasar 2 dias. A maioria das mulheres irá menstruar dentro dos 7 dias do período expectável. O LNG e o AUP não têm interferência na duração e no volume do fluxo menstrual ^{5,12,14,15}.
- Após 21 dias de amenorreia depois da toma de CE, é aconselhável a realização de um TIG.

Aconselhamento contraceutivo após CE

O aconselhamento contraceutivo deve ser orientado segundo critérios de elegibilidade para o uso de contraceção da OMS ³, tendo em consideração as necessidades e expectativas da utilizadora. Constitui uma ótima oportunidade para promover a prevenção de IST com o uso de preservativo (em associação com o método escolhido).

Após o uso de CE oral a mulher deve ser informada a ^{3,4,5,21,22}:

- Manter a utilização de contraceção;
- Iniciar CHC ou COP imediatamente após a toma da CE (“Quick-start”). Devendo usar preservativo durante 7 a 14 dias (consoante a utilização de LNG ou AUP, respetivamente);
- Se a opção for o progestativo injetável, colocação de SIU ou implante com etonogestrel esperar pelo 1º dia do ciclo menstrual ou iniciar o método 3 semanas após a toma de CE e após a realização de um TIG;
- O DIU cobre como CE confere uma proteção contracetiva imediata ¹⁹.

Se a mulher pretender um método irreversível deve ser aconselhada ao uso de um método de contraceção hormonal ou método de barreira até à realização do procedimento.

Quadro 8 - Início da contraceção após CE ^{5,21,22}

Tipo de CE	Método
LNG 1.5 mg	Contraceção Hormonal (CHC: oral, anel, adesivo) e COP - a iniciar no dia de uso de CE Deve ser utilizado um método contraceutivo adicional (preservativo) durante: - 7 dias, se uso de CE com LNG (2 dias se iniciado um COP e 9 para valerato de estradiol e dienogeste) - 14 dias, se uso de CE com AUP (9 dias se iniciado um COP e 16 para valerato de estradiol e dienogeste) ou - iniciar no 1º dia do período menstrual, usando preservativo nesse intervalo de tempo.
AUP 30 mg	SIU, Implante, injetável: - a iniciar no próximo período menstrual ou 3 semanas desde CE se TIG negativo. Métodos de barreira: - utilizar em todas as relações sexuais LT: - por laparoscopia/laparotomia: usar contraceção hormonal ou método de barreira até ao procedimento; - por histeroscopia (Essure®): usar outro método nos primeiros 3 meses.
DIU cobre	Não necessita de proteção adicional, eficácia de 10 anos.

Questões mais frequentes:

Exames necessários para o uso de CE:

Não é necessário a realização de qualquer exame antes do uso de CE ^{3,4}.

Consulta de revisão após utilização de CE:

A consulta de revisão após a toma de CE não é necessária, mas se a menstruação não ocorrer num período até 3 semanas após a toma deverá ser efetuado um teste de gravidez ^{4,22}.

Amamentação:

A CE hormonal não está contraindicada na amamentação ^{3,4,5}.

Apenas algumas precauções devem ser tomadas:

- O LNG deve ser tomado preferencialmente logo após ter amamentado ⁴;
- A amamentação deve ser suspensa por um período de 36 horas após o uso do AUP ^{5,23}. Neste caso, sugere-se manter a estimulação através da extração de leite, para que a amamentação possa ser retomada após este tempo.

Interações medicamentosas:

Os medicamentos que interferem com a eficácia da CE hormonal ^{4,5,21} são os indutores enzimáticos através da via do citocromo P450 (Quadro 9).

Quadro 9 - Medicamentos indutores enzimáticos hepáticos ^{4,5,20,22,24}

Antibióticos	Anticonvulsivantes ²²	Antiretrovíricos	Outros
Rifampicina	Carbamazepina	Inibidores da Protease	Erva de São João
Rifabutina	Oxcarbazepina	Lopinavir	Griseofulvina
	Fenitoína	Ritonavir	
	Primidona	Saquinavir	
	Fenobarbital	Nelfinavir	
	Lamotrigine ⁽¹⁾	Atazanavir	
	Topiramato	Não nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa	
		Efavirenz	
		Nevirapina	
		Etravirine	
		Rilpivirina	

(1) Categoria 3 para o uso de CHC e categoria 1 para o uso de COP

Nas situações de terapêutica atual com indutores enzimáticos ou suspensão há menos de 28 dias deve aconselhar-se o DIU de cobre ⁵.

Nas situações de não aceitação ou não elegibilidade para o uso de DIU, sugere-se duplicar a dose de LNG, apesar de existir pouca evidência científica que suporte esta atitude ^{5,24}.

O AUP não deve ser aconselhado se a mulher estiver a fazer medicação crónica que aumente o pH gástrico (antiácidos, antagonistas H2 ou inibidores da bomba de protões) ⁵.

Eficácia da CE hormonal e Índice de Massa Corporal:

A Agência Europeia do Medicamento (EMA)^{25,26} efetuou uma revisão científica dos estudos publicados até à data sobre a relação do IMC e eficácia dos CE orais e concluiu que estes devem ser prescritos independentemente do IMC uma vez que os seus benefícios superam os riscos.

Necessidade de repetição da CE:

O LNG é seguro e pode ser repetido no mesmo ciclo, se ocorrer uma RSNP num período superior a 72 h após a última toma de CE ^{4,23,27}.

O AUP não deve ser repetido no mesmo ciclo mas, pode ser repetido no mesmo ano ^{4,22}.

O DIU usado como CE é o único método que permite eficácia elevada e mantida desde que é colocado até ser removido ou até ao seu período de eficácia terminar (10 a 12 anos) e está particularmente indicado nas mulheres que utilizam repetidas vezes a CE hormonal.

Impacto na utilização de outros métodos de contraceção:

A evidência científica atual tem demonstrado que garantir a acessibilidade à CE não aumenta os comportamentos de risco. Mas, melhora a sua utilização e a precocidade da toma, tendo-se mesmo verificado uma melhor consistência na toma do método contraceutivo regular ^{5,21,28,29}.

BIBLIOGRAFIA:

1. <http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/en/>; pag.27.
2. WHO, 2008, Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use Update http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO-RHR_08.17_eng.pdf.
3. WHO, Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use 2010 http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/.
4. ECEC: Emergency Contraception: *A guideline for Service Provision in Europe, 2013* http://www.ec-ec.org/custom-content/uploads/2014/03/ECEC-EC-A-guideline-for-service-provision-in-Europe_Feb2014.pdf.
5. Clinical Effectiveness Unit FSRH: Emergency Contraception Clinical Guidance 2012 <http://www.fsrh.org/pdfs/CEUguidanceEmergencyContraception11.pdf>.
6. Consenso sobre Contracepção 2011. SPG, SPDC, SPMR http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11_11363_2.pdf.
7. Contracepção de emergência. Lei n.º 12/2001 de 29 de Maio. *DIÁRIO DA REPÚBLICA - I SÉRIE-A N.º 124 - 29 de Maio de 2001* <http://dre.pt/pdf1s/2001/05/124A00/31483148.pdf>.
8. Venda de medicamentos fora das farmácias. Decreto-Lei n.º 134/2005 de 16 de Agosto. *DIÁRIO DA REPÚBLICA - I SÉRIE-A N.º 156-16 de Agosto de 2005* <https://dre.pt/pdf1s/2005/08/156A00/47634765.pdf>.
9. Lista de estabelecimentos de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) http://www.infarmed.pt/portal/page/portal/INFARMED/LICENCIAMENTO_DE_ENTIDADES/LOCAIS_DE_VENDA_MNSRM/LISTA_DAS_ENTIDADES_REGISTADAS_PARA_VENDA_DE_MNSRM.
10. Wilcox AJ, Weinberg CR, Baird DD. Timing of intercourse in relation to ovulation. *N Engl J Med* 1995; 333: 1517-21.
11. Gemzell-Danielsson K. Mechanism of action of emergency contraception. *Contraception* 2010; 82:404.
12. Brache V, Cochoon L., Jesam C., Maldonado R., Salvatierra A.M., Levy D.P., Gainer E., Croxatto H.B. Immediate pre-ovulatory administration of 30 mg ulipristal acetate significantly delays follicular rupture. *Human Reproduction*, Vol.25, No.9 pp. 2256-2263, 2010 - Advanced Access publication on July 15, 2010 doi:10.1093/humrep/deq157
13. <http://www.uptodate.com/contents/emergency-contraception#H4>.
14. Glasier A. Emergency Contraception: clinical outcomes. *Contraception* 2013; 87:309.
15. Zhou L, Xiao B. Emergency Contraception with multiloal Cu-375 SLIUD: a multicenter clinical trial. *Contraception* 2001; 64:104.
16. Glasier A and al. Ulipristal acetate versus levonorgestrel for emergency contraception: a randomised non-inferiority trial and meta-analysis.; *Lancet*.2010 Feb 13;375(9714):555-62.
17. Glasier A. The rationale for use of ulipristal acetate as first line in emergency contraception: biological and clinical evidence. *Gynecological Endocrinology*, Early Online:1-3.
18. Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. Efficacy of IUD for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Hum Reprod* 2012 Jul; 27(7): 1994-2000 doi: 10.1093/humrep/des140. Epub 2012 May 8.
19. WHO Emergency Contraception, Fact sheet n° 244, July 2012.
20. Bayer plc. Levonelle 1500 mg: Summary of Product Characteristics (SPC). 2008. <http://www.emc.medicines.org.uk> [Accessed 14 June 2011].
21. ICEC, FIGO, Emergency Contraceptive Pills, Medical and Service Delivery Guidelines, Third Edition 2012.
22. ICEC, Clinical Summary: Emergency contraceptive pills, February 2013.
23. Lalitkumar P.G.L., Berger C., Gemzell-Danielsson K. Emergency contraception. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 27 (2013) 91-101
24. Antiepileptic drugs and contraception: CEU Statement (January 2009). FSRH 2010
25. EMA/440549/2014 - Levonorgestrel and ulipristal remain suitable emergency contraceptives for all women, regardless of bodyweight
26. Contraceptivos de emergência - conclusão de revisão da segurança; Circular Informativa do Infarmed, N.º 162/CD/8.1.7.
27. WHO (2010) - Fact sheet on the safety of levonorgestrel-alone emergency contraceptive pills (LNG ECPs)
28. Glasier AF, (1998). The effects of self-administering emergency contraception. *N Engl J Med*. 1998;339:1-4
29. Jackson RA, et al. (2003) Advance supply of emergency contraception: effect on use and usual contraception: a randomized trial. *Obstet Gynecol*. 2003;102:8- 16.

Recomendações sobre Contraceção de Emergência



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO



www.hra-pharma.com

www.spdc.pt

Julho, 2015