

FEBRASGO POSITION STATEMENT

Aconselhamento contraceptivo durante a pandemia: orientações práticas

Número 7 – Julho 2021

A Comissão Nacional Especializada em ANTiconcepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria (Febrasgo) referenda este documento. A produção do conteúdo baseia-se em evidências científicas sobre a temática proposta e os resultados apresentados contribuem para a prática clínica.

Pontos-chave:

- O acesso aos serviços de planejamento reprodutivo e anticoncepção durante a pandemia de COVID-19 é de fundamental importância.
- Métodos anticoncepcionais devem ser iniciados ou mantidos para casais que não desejam engravidar durante a pandemia de COVID-19.
- Não há relação conhecida entre métodos anticoncepcionais e potenciais tratamentos contra a COVID-19.
- Não há restrições específicas, em mulheres com COVID-19, para quaisquer métodos contraceptivos, devendo-se respeitar os critérios de elegibilidade para a escolha da modalidade anticoncepcional mais adequada.
- Devem-se assegurar condições para que o ambiente de consultas não se torne um local de risco de contaminação de pacientes e profissionais de saúde.

Recomendações:

- A continuidade do acesso aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, sobretudo planejamento reprodutivo e anticoncepção, é fundamental, mesmo durante a pandemia de COVID-19.
- Pacientes que já estejam em uso de um método anticoncepcional, bem adaptadas, podem ter suas prescrições renovadas sem avaliação presencial por mais 6 a 12 meses, durante a pandemia de COVID-19, respeitados os critérios de elegibilidade.
- Mulheres em uso de métodos anticoncepcionais reversíveis de longa duração (LARC, do inglês, *long-acting reversible contraception*) podem ter seu uso estendido por 1-2 anos além do aprovado em bula, após aconselhamento sobre riscos e benefícios com um profissional de saúde.
- A paciente sem anticoncepção que deseja se proteger contra gravidez durante a pandemia de COVID-19 deve receber aconselhamento reprodutivo, por telemedicina e/ou presencialmente.
- Mulheres que desejam inserir LARC devem ter atendimento presencial, respeitando a etiqueta sanitária para proteger a si mesma e outras pessoas.
- São imprescindíveis os esforços para reestruturar os serviços de saúde, visando ao rastreamento de indivíduos assintomáticos e ao correto diagnóstico de indivíduos sintomáticos, para maior segurança e uso adequado de equipamentos de proteção individual (EPIs) por profissionais de saúde.
- Não há contraindicação ao uso de nenhum método anticoncepcional em concomitância com as terapias em estudo contra a COVID-19.
- É aceitável, mas não obrigatório, realizar mudança de método anticoncepcional pelo receio de trombose venosa profunda (TVP) ou tromboembolismo pulmonar (TEP).

Contexto clínico

Primeiramente descrita na China, em dezembro de 2019, como um surto de pneumonia, a COVID-19 (do inglês, *coronavirus disease 2019*) tem modificado a dinâmica da sociedade e dos cuidados de saúde. Causada pelo SARS-CoV-2 (do inglês, *severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*),⁽¹⁾ esta pandemia já acometeu, até 10/12/2020,

6,7 milhões de pessoas no Brasil e mais de 67 milhões de pessoas no mundo, acarretando, respectivamente, 177 mil e 1,6 milhão de mortes.⁽²⁾ Para reduzir a disseminação do vírus, as pessoas são aconselhadas a ficar em casa, evitar aglomerações e promover o distanciamento físico; tais medidas, se adequadamente instituídas, são eficazes. No entanto, também trazem dilemas para pessoas que necessitam

de serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo assistência pré-natal⁽³⁾ e anticoncepção. Conhece-se o potencial de outras pandemias em reduzir expressivamente o acesso a serviços de planejamento familiar.⁽⁴⁾ Entretanto, uma vez que o aconselhamento reprodutivo é estratégia crucial para a redução de gestações não planejadas,⁽⁵⁾ é fundamental reforçar que aconselhamento reprodutivo deve ser realizado durante a pandemia de COVID-19, respeitando a etiqueta sanitária e as diretrizes disponíveis.⁽⁶⁾ A escolha reprodutiva – decidir quantos filhos quer ter, quando e se quer tê-los – é um dos direitos humanos mais fundamentais, que tem na contracepção um grande passo em direção a uma maior igualdade de gênero.⁽⁷⁾

É nítido o impacto da pandemia de COVID-19 em serviços de saúde reprodutiva e sexual,⁽⁸⁾ seja diretamente por meio do fechamento dos serviços, ou indiretamente, com redução de mão de obra, de financiamento e de equipamentos disponíveis, por causa do remanejamento para centros específicos de cuidado de pessoas acometidas por essa doença. Indubitavelmente, isso implica desafios significativos para mulheres em idade reprodutiva e profissionais de saúde. Dado o provável aumento de relações sexuais nesse período e maiores restrições ao acesso a anticoncepcionais, é esperado um incremento substancial no número de gestações não planejadas – com consequente repercussão na saúde pública, porque aumenta não só a morbimortalidade obstétrica e perinatal,^(7,9) como também os custos ao sistema de saúde.⁽¹⁰⁾

O Brasil já é largamente afetado por gestações não planejadas: entre 23.894 puérperas entrevistadas de fevereiro de 2011 a outubro de 2012 para o estudo “Nascer no Brasil”, 25,5% queriam ter esperado mais tempo e 29,9% não queriam engravidar; apenas 44,6% de fato queriam engravidar.⁽¹¹⁾ Essa casuística é consequência de um conjunto de fatores, incluindo descontinuação, taxas de falha intrínsecas de cada método e uso inconsistente e incorreto dos diferentes métodos anticoncepcionais.⁽¹²⁾ Estudo transversal italiano mostrou abandono de métodos de curta duração por metade das mulheres solteiras, ainda que mantivessem relações sexuais esporádicas, levando 15% delas a uma gestação não planejada.⁽¹³⁾ Por esse motivo, saúde sexual e reprodutiva deve ser entendida como serviço prioritário,⁽¹⁴⁾ sobretudo para adolescentes⁽¹⁵⁾ e outros grupos mais vulneráveis.

Como deve ser feito o aconselhamento reprodutivo em tempos de pandemia?

A pergunta “posso engravidar na pandemia?” tem sido frequente em consultas de ginecologia e obstetrícia. Os dados disponíveis na literatura médica vigente ainda não são categóricos em relação a maiores riscos no ciclo gravídico-puerperal ou para o recém-nascido⁽³⁾ e a avaliação de riscos e benefícios exige ponderação em relação à idade da mulher⁽¹⁶⁾ e ao planejamento do casal.

Se um casal não deseja engravidar, a escolha de qualquer método contraceptivo moderno, respeitando os critérios de elegibilidade,^(17,18) é adequada,⁽¹⁹⁾ ponderan-

do-se os atributos mais importantes para aquela mulher ou aquele casal, como eficácia, segurança e disponibilidade.⁽²⁰⁾ Alguns métodos (como preservativos, espermicidas, diafragma, pílulas ou pílulas anticoncepcionais de emergência) estão disponíveis sem receita, mas não em todos os ambientes. Se uma mulher está bem adaptada ao seu método atual, ela deve continuar a usá-lo. Embora possa ser difícil o acesso a todos os métodos anticoncepcionais, por causa de restrições para deslocamento, falta de oferta de insumos e aumento da demanda por profissionais e serviços de saúde, é possível iniciar um novo método anticoncepcional durante a pandemia de COVID-19. A Organização Mundial de Saúde (OMS) também recomenda que estratégias inovadoras sejam desenvolvidas para garantir que o maior número possível de pessoas possam acessar informações e métodos anticoncepcionais durante esse período, incluindo o uso de telemedicina – seja por meio de ligações convencionais ou videochamadas – e redução de restrições no número de exigências burocráticas para receber contraceptivos hormonais; por exemplo, assegurar validade de receitas médicas por um tempo mais longo.⁽²¹⁾ O aconselhamento quanto a eficácia, eventos adversos e posologia dos diferentes métodos pode ser realizado sem necessidade de contato físico ou consultas presenciais.⁽²²⁾

Suprimento de anticoncepcionais e de itens mensurais e de higiene (por exemplo, absorventes higiênicos, sabonetes, higienizadores para as mãos) são importantes para a saúde das mulheres, para o empoderamento feminino e o pleno exercício de direitos em saúde sexual e reprodutiva, em especial para populações vulneráveis.⁽²³⁾ Neste período crítico, as mulheres vulneráveis estão ainda mais expostas a gestações não planejadas. Esse grupo inclui mulheres com baixa renda e baixa escolaridade, residentes em áreas rurais ou isoladas e remotas, presidiárias, pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV), câncer ou com outras doenças crônicas, bem como indígenas, adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e pessoas com deficiência física e/ou mental.⁽²⁴⁾ Em qualquer situação, mas em especial na pandemia de COVID-19, considerar o acesso a LARCs nessa população deve ser uma meta prioritária na organização de políticas de saúde pública. A inserção de um LARC após o parto e antes da alta hospitalar pode ser uma estratégia oportuna, pois reduz o número de visitas pós-parto e evita barreiras para receber aconselhamento contraceptivo.⁽²²⁾

Para mulheres já adaptadas a um método anticoncepcional, é plausível realizar uma prescrição remota adicional para os próximos 6 meses para usuárias de anticoncepção hormonal combinada (CHC) e até 12 meses para pílulas somente de progestagênio (POP). Em relação ao acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), formulações subcutâneas são interessantes para autoadministração. Para métodos LARC, incluindo dispositivos intrauterinos (DIUs) com cobre e com levonorgestrel (LNG) e implantes subdérmicos de etonogestrel (ENG), é adequado orientar a

paciente sobre a possibilidade de uso prolongado, restringindo-se as consultas presenciais para remover o método se ela desejar engravidar ou apresentar efeitos colaterais importantes. Enquanto o distanciamento físico permanecer, é recomendado que grande parte do processo de consulta de anticoncepcionais continue a ser feito remotamente. Os benefícios de uso dos LARCs superam o risco de transmissão de COVID-19.⁽²⁵⁾

Em abril de 2020, a Comissão Especializada em Anticoncepção da Febrasgo⁽²⁶⁾ emitiu suas recomendações: 1) pacientes que precisam iniciar novo método contraceptivo devem ser orientadas por atenção médica presencial ou, conforme disponibilidade, por telemedicina, para que utilizem métodos eficazes, além dos preservativos (dupla proteção); 2) esforços devem ser direcionados para a continuação do uso dos métodos já escolhidos pela mulher, por meio de triagem ativa das usuárias e fornecimento de anticoncepcionais por agentes de saúde; 3) as ações efetivas em relação à anticoncepção de emergência podem ser realizadas por agentes de saúde ou remotamente (a anticoncepção de emergência no Brasil é de venda livre); 4) uma vez que o fornecimento de LARC, bem como o agendamento de métodos de cirurgias de esterilização, tem sido postergado durante a pandemia, métodos altamente eficazes autoadministrados devem ser oferecidos nesse ínterim; 5) mulheres que usam DIUs que precisam ser trocados ao final da duração convencional devem ser orientadas de que o uso prolongado é uma opção aceitável, uma vez que estudos têm mostrado que a eficácia pode ser mantida por mais tempo do que a duração regulamentada, geralmente até 1-2 anos.⁽²⁶⁾

É possível o uso de LARC por mais tempo, ultrapassando o previsto em bula?

Há grande quantidade de evidências científicas que sugerem que o risco de gravidez durante o uso de um método LARC por mais de 1-2 anos além da duração habitual permanece extremamente baixo. Podemos aconselhar as usuárias de LARC sobre a eficácia do uso estendido além da duração marcada⁽²²⁾ e adiar as substituições de DIUs e implantes para um momento de maior controle da pandemia. Em uma coorte brasileira com 228 mulheres que tiveram um DIU com cobre inserido com 25 anos de idade ou mais, não se observou gravidez em 366 mulheres-anos de observação entre aquelas que optaram por usar o dispositivo por mais de 10 anos.⁽²⁷⁾ De maneira semelhante, estudo multicêntrico com 1.396 mulheres que mantiveram o DIU TCu380A por 12 anos mostrou uma probabilidade cumulativa de gravidez em 12 anos de 1,9/100 mulheres ao longo de 7.159 mulheres-anos de observação.⁽²⁸⁾ Revisão sistemática da literatura encontrou taxa combinada (11° e 12° ano) de 0,00 gravidez por 100 pessoas-ano.⁽²⁹⁾ Tais achados nos permitem afirmar que é adequado aconselhar o uso prolongado de DIU com cobre para mulheres que precisariam substituí-lo durante a pandemia de COVID-19.

Também existem dados que sugerem um possível uso do DIU-LNG (52 mg, 20 µg/dia) além de cinco anos. Revisão de prontuários com 766 mulheres brasileiras que mantiveram o mesmo DIU-LNG por mais de 60 meses não observou gestações durante o uso prolongado (mediana de 73 meses, variação de 61-184 meses).⁽³⁰⁾ Coorte prospectiva com 496 usuárias de DIU-LNG, totalizando acompanhamento de 696,9 mulheres-ano, relatou duas gestações, ou seja, taxas de falha de 0,25 (6° ano) e 0,43 (7° ano) por 100 mulheres-ano.⁽³¹⁾ Revisão sistemática da literatura encontrou uma taxa combinada de gravidez de 0,02 (6° ano) e 0,03 (7° ano) por 100 mulheres-ano.⁽²⁹⁾ Em agosto de 2020, nos Estados Unidos, o *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou o uso do DIU-LNG (52 mg) por seis anos.⁽³²⁾ Ainda que no Brasil a bula ainda recomende o uso por cinco anos, acreditamos que as mulheres podem se beneficiar de aconselhamento sobre a possibilidade do uso prolongado desse DIU-LNG, para evitar exposições desnecessárias durante a pandemia de COVID-19. Vale ressaltar que essa orientação não se estende ao novo DIU-LNG (19,5 mg).

Finalmente, para implantes subdérmicos, estudo de coorte prospectivo com 291 usuárias de implante de ENG (idade média de 29,9 anos), com 444,0 mulheres-ano de acompanhamento, não documentou gravidezes durante os dois anos de uso além dos três anos previstos. Tampouco houve diferença nos níveis séricos médios de ENG entre grupos com diferentes índices de massa corporal (IMC): os níveis de ENG estavam acima do limite contraceptivo de 90 pg/mL em todas as classes de IMC ao final de três, quatro e cinco anos.⁽³¹⁾ Outro estudo examinou a eficácia contraceptiva do implante subdérmico liberador de ENG em até cinco anos de uso. Das 390 participantes (idade média de 27,8 ± 6,1 anos) que aceitaram continuar usando o produto, nenhuma engravidou no quarto ou no quinto ano de observação. Nesta pesquisa, mais de 200 mulheres usaram o produto por pelo menos cinco anos.⁽³³⁾ Revisão sistemática reforça que há evidências suficientes para recomendar o uso com duração prolongada dos implantes subdérmicos.⁽³⁴⁾ Portanto, as mulheres podem ser aconselhadas a manter os implantes liberadores de ENG por mais alguns meses, durante este período crítico. Ao aconselhar cada mulher, os profissionais de saúde devem considerar sua individualidade. Tais recomendações são válidas também para mulheres obesas.

Existem interações medicamentosas entre os contraceptivos e as medicações utilizadas para a infecção pelo SARS-CoV 2?

Até o momento, não há terapia farmacológica específica para COVID-19; as evidências disponíveis não levantam preocupações sobre potenciais interações farmacológicas entre os métodos anticoncepcionais e possíveis novas terapias contra COVID-19.⁽⁶⁾ Recomenda-se que todos os profissionais de saúde perguntem às pacientes sobre método anticoncepcional em uso e ponderem riscos e benefícios na tomada de decisões.

Quais as correlações entre tromboembolismo venoso, anticoncepção hormonal e COVID-19?

Apesar de ser uma preocupação frequente de muitas mulheres e alguns profissionais, o tromboembolismo venoso (TEV) – seja TVP ou TEP – é um evento raro em mulheres em idade reprodutiva. A segurança dos métodos combinados é bem documentada, posto que a ocorrência de TEV relacionada ao uso de anticoncepcionais é bastante rara, em especial na população jovem.⁽³⁵⁾ Contudo, sabe-se que o risco de TEV aumenta quando há sobreposição de fatores predisponentes, ou seja, a combinação de fatores de risco pode levar a risco cumulativo suficiente para justificar tromboprofilaxia farmacológica para usuárias de métodos combinados, se hospitalizadas por COVID-19.⁽³⁶⁾ Se, por um lado, as diretrizes espanholas voltadas para mulheres na perimenopausa recomendam a suspensão de métodos hormonais combinados quando da internação por COVID-19,^(37,38) as recomendações francesas reforçam que não parece razoável alterar o método anticoncepcional, uma vez que as alterações hemostáticas demoram seis a oito semanas para retornar à linha de base.⁽³⁹⁾

Reforçamos que as mulheres não devem ser encorajadas a suspender métodos anticoncepcionais, a menos que queiram engravidar. Uma vez que há discreto aumento de risco de TEV com CHC,⁽⁴⁰⁾ mas não com métodos somente de progestagênio,⁽⁴¹⁾ é aceitável aconselhar usuárias de CHC com fatores de risco para TEV a mudarem para POP, implantes, DIU de cobre ou DIU-LNG (se possível), para reduzir riscos durante uma hospitalização por COVID-19. No entanto, isso deve ser ponderado contra dois fatos: 1) a descontinuação do CHC requer pelo menos dois meses para restaurar os parâmetros de coagulação;^(6,39,42) 2) CHC oferece proteção significativa contra a gravidez, uma condição associada a um risco substancialmente maior de TEV.⁽¹⁹⁾

Considerações finais

Uma vez que existe um risco importante de aumento de gravidez não planejada durante a pandemia de COVID-19, encorajamos mulheres, profissionais de saúde, legisladores e toda a sociedade a discutir os serviços de saúde sexual e reprodutiva enquanto serviços prioritários, enfatizando a anticoncepção e a proteção das mulheres contra a violência. Todas as mulheres devem ter acesso adequado a métodos anticoncepcionais eficazes, bem como a informações consistentes sobre o tema, incluindo LARC e anticoncepção de emergência. Mulheres que estão bem adaptadas aos métodos anticoncepcionais atuais podem mantê-los, respeitados os critérios médicos de elegibilidade. Aquelas que não estão usando anticoncepcionais ou precisam alterar o método atual devem procurar aconselhamento reprodutivo. Tecnologias digitais são úteis para aconselhar novas usuárias e esclarecer dúvidas. Diante da necessidade de consulta presencial (por exemplo, para exame físico em casos de padrão desfavorável de sangramento ou inserção de LARC),

os protocolos de etiqueta sanitária devem ser respeitados, incluindo uso de máscaras, medida de temperatura, pesquisa de sintomas e minimização de contato físico. Usuárias atuais de LARC (DIU e implantes) devem ser aconselhadas sobre a possibilidade de uso estendido, reservando os encontros presenciais para a retirada por desejo de engravidar ou efeitos colaterais graves. Não são conhecidas interações limitantes entre métodos anticoncepcionais disponíveis e medicações em estudo contra a COVID-19. Embora aceitável, não é obrigatório aconselhar usuárias de CHC a migrarem para POP, implantes, DIU com cobre ou LNG; considerando o tempo até o retorno da coagulação até a linha de base, adicionar heparina é mais razoável. Garantir o uso adequado de anticoncepcionais é de extrema importância.

Referências

- Dong E, Du H, Gardner L. An interactive web-based dashboard to track COVID-19 in real time. *Lancet Infect Dis.* 2020;20(5):533-4. doi: 10.1016/S1473-3099(20)30120-1
- World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <http://covid19.who.int/>
- Surita FGC, Luz AG, Hsu LPR, Carvalho FHC, Brock MF, Nakamura MU. Outpatient care for pregnant and puerperal women during the COVID-19 pandemic. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2020;42(9):588-92. doi: 10.1055/s-0040-1718473
- Bietsch K, Williamson J, Reeves M. Family planning during and after the West African ebola crisis. *Stud Fam Plann.* 2020;51(1):71-86. doi: 10.1111/sifp.12110
- Peipert JF, Madden T, Allsworth JE, Secura GM. Preventing unintended pregnancies by providing no-cost contraception. *Obstet Gynecol.* 2012;120(6):1291-7. doi: 10.1097/aog.0b013e318273eb56
- Ferreira-Filho ES, de Melo NR, Sorpreso ICE, Bahamondes L, Simões RDS, Soares-Júnior JM, et al. Contraception and reproductive planning during the COVID-19 pandemic. *Expert Rev Clin Pharmacol.* 2020;13(6):615-22. doi: 10.1080/17512433.2020.1782738
- Cleland J, Conde-Agudelo A, Peterson H, Ross J, Tsui A. Contraception and health. *Lancet.* 2012;380(9837):149-56. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60609-6
- Tang K, Gaoshan J, Ahonsi B, Ali M, Bonet M, Broutet N, et al. Sexual and reproductive health (SRH): a key issue in the emergency response to the coronavirus disease (COVID-19) outbreak. *Reprod Health.* 2020;17(1):59. doi: 10.1186/s12978-020-0900-9
- Short M, Bitzer J, Rowlands S. Testing times. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020;25(3):167-8. doi: 10.1080/13625187.2020.1754036
- Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health.* 2014;6:663-70. doi: 10.2147/IJWH.S61543
- Viellas EF, Domingues RMSM, Dias MAB, Gama SGN, Theme Filha MM, Costa JV, et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2014;30 Suppl 1:S85-100. doi: 10.1590/0102-311X00126013
- Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception.* 2020;101(1):26-33. doi: 10.1016/j.contraception.2019.09.006
- Caruso S, Rapisarda AMC, Minona P. Sexual activity and contraceptive use during social distancing and self-isolation in the COVID-19 pandemic. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2020;25(6):445-8. doi: 10.1080/13625187.2020.1830965
- Hall KS, Samari G, Garbers S, Casey SE, Diallo DD, Orcutt M, et al. Centring sexual and reproductive health and justice in the global COVID-19 response. *Lancet.* 2020;395(10231):1175-7. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30801-1
- Mmeje OO, Coleman JS, Chang T. Unintended consequences of the COVID-19 pandemic on the sexual and reproductive health of youth. *J Adolesc Health.* 2020;67(3):326-7. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.019
- American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice and Practice Committee. Female age-related fertility decline. Committee Opinion No. 589. *Fertil Steril.* 2014;101(3):633-4. doi: 10.1016/j.fertnstert.2013.12.032

17. World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO; 2015.
18. Curtis KM, Tepper NK, Jatlaoui TC, Berry-Bibee E, Horton LG, Zapata LB, et al. U.S. Medical eligibility criteria for contraceptive use, 2016. *MMWR Recomm Rep*. 2016;65(3):1-103. doi: 10.15585/mmwr.r6503a1
19. The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). COVID-19 FAQs for Obstetrician–Gynecologists, Gynecology [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: <https://www.acog.org/clinical-information/physician-faqs/covid19-faqs-for-ob-gyns-gynecology>
20. Madden T, Secura GM, Nease RF, Politi MC, Peipert JF. The role of contraceptive attributes in women's contraceptive decision making. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(1):46.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2015.01.051
21. World Health Organization. Contraception/Family planning and COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: <https://www.who.int/news-room/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>
22. Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorflinger LJ. Contraception in the Era of COVID-19. *Glob Health Sci Pract*. 2020;8(2):166-8. doi: 10.9745/GHSP-D-20-00119
23. United Nations Population Fund. Sexual and reproductive health and rights: modern contraceptives and other medical supply needs, including for COVID-19 prevention, protection and response [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Preparedness_and_Response_-_UNFPA_Interim_Technical_Briefs_Contraceptives_and_Medical_Supplies_23_March.pdf
24. Sorpreso ICE, Soares Júnior JM, Baracat EC. [Sexually vulnerable women: could reversible long-lasting contraception be the solution?]. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(9):395-6. doi: 10.1590/S0100-720320150005456
25. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH guidance for contraceptive provision after changes to Covid-19 lockdown [Internet]. 2020 [cited 2020 May 30]. Available from: <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-guidance-contraceptive-provision-changes-covid-lockdown/>
26. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Comissão Nacional de Anticoncepção durante a pandemia por COVID-19 [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 5]. Available from: <https://www.febrasgo.org.br/en/covid19/item/1002-anticoncepcao-durante-a-pandemia-por-covid-19>
27. Bahamondes L, Faundes A, Sobreira-Lima B, Lui-Filho JF, Pecci P, Matera S. TCU 380A IUD: a reversible permanent contraceptive method in women over 35 years of age. *Contraception*. 2005;72(5):337-41. doi: 10.1016/j.contraception.2004.12.026
28. United Nations Development Programme, United Nations Population Fund, World Health Organization, World Bank. Long-term reversible contraception: twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C. *Contraception*. 1997;56(6):341-52. doi: 10.1016/S0010-7824(97)00186-8
29. Ti AJ, Roe AH, Whitehouse KC, Smith RA, Gaffield ME, Curtis KM. Effectiveness and safety of extending intrauterine device duration: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;223(1):24-35.e3. doi: 10.1016/j.ajog.2020.01.014
30. Bahamondes L, Fernandes A, Bahamondes MV, Juliato CT, Ali M, Monteiro I. Pregnancy outcomes associated with extended use of the 52-mg 20 µg/day levonorgestrel-releasing intrauterine system beyond 60 months: a chart review of 776 women in Brazil. *Contraception*. 2018;97(3):205-9. doi: 10.1016/j.contraception.2017.10.007
31. McNicholas C, Swor E, Wan L, Peipert JF. Prolonged use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device: 2 years beyond Food and Drug Administration-approved duration. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(6):586.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2017.01.036
32. Prescribing information for Mirena [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2020/021225s040lbl.pdf
33. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2491-8. doi: 10.1093/humrep/dew222
34. Thaxton L, Lavelanet A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive implant duration. *Int J Gynaecol Obstet*. 2019;144(1):2-8. doi: 10.1002/ijgo.12696
35. Sitruk-Ware R. Hormonal contraception and thrombosis. *Fertil Steril*. 2016;106(6):1289-94. doi: 10.1016/j.fertnstert.2016.08.039
36. Anderson FA Jr, Spencer FA. Risk factors for venous thromboembolism. *Circulation*. 2003;107(23 Suppl 1):I9-16. doi: 10.1161/01.CIR.0000078469.07362.E6
37. Asociación Española para el Estudio de la Menopausia, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Española de Trombosis y Hemostasia. Riesgo tromboembólico en la pandemia de COVID-19 y tratamiento hormonal en mujeres perimenopausicas y postmenopausicas [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 6]. p. 1-9. Available from: <https://www.covid-19.seth.es/riesgo-tromboembolico-en-la-pandemia-de-covid-19-y-tratamiento-hormonal-en-mujeres-perimenopausicas-y-postmenopausicas/>
38. Ramírez I, De la Viuda E, Baquedano L, Coronado P, Llanaez P, Mendoza N, et al. Managing thromboembolic risk with menopausal hormone therapy and hormonal contraception in the COVID-19 pandemic: recommendations from the Spanish Menopause Society, Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia and Sociedad Española de Trombosis y Hemos. *Maturitas*. 2020;137:57-62. doi: 10.1016/j.maturitas.2020.04.019
39. Collège National des Enseignants de Gynécologie Médicale, L'Unité d'Hémostase Clinique de Cochon. Prévention du risque thromboembolique veineux chez les femmes COVID + non hospitalisées utilisant un traitement hormonal (Contraception, Traitement hormonal de ménopause, Tamoxifène) [Internet]. 2020 [cited 2020 Dec 10]. Available from: <http://www.cngof.fr/coronavirus-go-cngof/apercu?path=HEMOSTASE%2B-%2BRISQUE%2BDE%2BMTE%252FHemostase-PreventionMVTECOVIDHormones.pdf&i=36239>
40. de Bastos M, Stegeman BH, Rosendaal FR, Van Hylckama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, et al. Combined oral contraceptives: venous thrombosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(3):CD010813. doi: 10.1002/14651858.CD010813.pub2
41. Tepper NK, Whiteman MK, Marchbanks PA, James AH, Curtis KM. Progestin-only contraception and thromboembolism: a systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):678-700. doi: 10.1016/j.contraception.2016.04.014
42. Pires ALR, Batista JG, Aldrighi JM, Massaia IFDS, Delgado DM, Ferreira-Filho ES, et al. Risk of venous thromboembolism in users of contraception and menopausal hormone therapy during the COVID-19 pandemic. *Rev Assoc Med Bras (1992)*. 2020;66 Suppl 2:22-6. doi: 10.1590/1806-9282.66.S2.22

Edson Santos Ferreira Filho

Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Rogério Bonassi Machado

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Conflito de interesses: nenhum a declarar.

Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia

Presidente:

Rogério Bonassi Machado

Vice-Presidente:

Ilza Maria Urbano Monteiro

Secretária:

Jaqueline Neves Lubianca

Membros:

Carlos Alberto Politano

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

Edson Santos Ferreira Filho

Jarbas Magalhães

Luis Carlos Sakamoto

Maria Auxiliadora Budib

Mariane Nunes de Nadai

Milena Bastos Brito

Sheldon Rodrigo Botogowski

Tereza Maria Pereira Fontes

Valeria Barbosa Pontes

Zsuzsanna Ilona Katalin de Jarmy Di Bella