



COMITÊ NACIONAL DE CONTRACEÇÃO

Anticoncepção na Transição Menopausal: qual é a orientação mais adequada?

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

Contexto

A menopausa marca o fim da vida reprodutiva feminina, caracterizada pela cessação da menstruação devido a falência ovariana. No entanto, durante a perimenopausa, período de transição que antecede a menopausa, a fertilidade diminui, mas a possibilidade de concepção ainda existe.¹ Ocorrendo gestação, as mulheres devem estar cientes dos riscos de complicações tanto maternas quanto fetais como abortamento, anomalias cromossômicas, prematuridade, restrição de crescimento fetal, diabetes gestacional e hipertensão arterial.^{2,3} Sendo assim, o profissional de saúde deve auxiliar a mulher a encontrar um método que melhor se adapte às suas necessidades, tendo em conta o seu perfil médico e psicossocial. Além disso, há necessidade de ter conhecimento sobre a eficácia, riscos, efeitos colaterais e benefícios de cada contraceptivo.

Neste período ocorre uma falência ovariana representada pela diminuição acentuada na produção de estrogênio que resulta em baixas concentrações séricas de estradiol que pode causar em muitas mulheres sintomas vasomotores (ondas de calor) e outras queixas como irregularidade menstrual, irritabilidade, secura vaginal e dispareunia.³⁻⁵

A literatura descreve que a idade média de menopausa ocorre por volta dos 50 a 51 anos, mas este dado pode ser alterado devido a alguns fatores que incluem a genética e o tabagismo. Cerca de 95% das mulheres terão o seu último período menstrual entre as idades de 45 a 55 anos.^{3,4} Em nosso país a idade média observada foi de 48 anos variando entre 45 e 51 anos.⁶

É importante usar anticoncepção no climatério?

Sim, a **anticoncepção neste período** se torna necessária e os motivos mais importantes são:

- **Risco de gravidez:** Mesmo com os ciclos menstruais irregulares, a ovulação ainda pode ocorrer durante o climatério, tornando a gravidez possível.²
- **Melhora qualidade de vida:** Alguns métodos como o anticoncepcional hormonal combinado, podem oferecer benefícios adicionais à saúde, como a redução dos sintomas vasomotores, do risco de osteoporose e de alguns tipos de câncer.^{7,8}

A escolha e a interrupção da contracepção apropriada requerem uma compreensão dos benefícios e riscos de utilização de cada método, e a avaliação das vantagens e desvantagens não contraceptivas para esta faixa etária.⁹

A Organização Mundial de Saúde, através dos Critérios Médicos de Elegibilidade para Uso de Contraceptivos, não contraindica nenhum método apenas pela faixa etária.⁹ No entanto, alguns cuidados devem ser valorizados durante a escolha e prescrição de métodos contraceptivos para as mulheres com mais de 40 anos. Esta população apresenta maior risco para doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, diabetes) e para alguns tipos de câncer (mama, endométrio e ovário).^{8,10} Estas condições são particularmente relevantes pois podem contraindicar alguns métodos principalmente os que contêm estrogênio.⁹

Qual método anticoncepcional é o mais indicado para as mulheres durante o climatério?

A escolha do **método anticoncepcional neste período** deve ser individualizada e alguns fatores precisam ser considerados, como:

- **Histórico médico:** Presença de doenças como hipertensão, diabetes, enxaqueca ou trombofilia.
- **Sintomas característicos deste período:** Intensidade das ondas de calor, sangramentos irregulares, alterações de humor.
- **Preferência pessoal:** Facilidade de uso, efeitos colaterais toleráveis, benefícios não contraceptivos.

Além da prevenção da gravidez, o uso de alguns métodos está associado a benefícios não contraceptivos para mulheres neste período. Os anticoncepcionais hormonais

podem ajudar a aliviar alguns sintomas relacionados à menopausa que ocorrem neste momento de transição. Em particular, os métodos que contêm estrogênio suavizam os sintomas vasomotores, tais como os fogachos, a sudorese noturna e a secura vaginal. Como esses anticoncepcionais também inibem a ovulação, eles são úteis na regulação do padrão de sangramento e na diminuição das suas irregularidades, alterações típicas deste período. Também auxiliam na redução da quantidade e duração de perda de sangue em mulheres que sofrem de sangramento uterino anormal com aumento do volume menstrual.^{11,12}

Métodos contraceptivos que contêm apenas progestagênio também podem ser utilizados.^{8,11,12} O dispositivo hormonal contendo 52 mg de levonorgestrel é eficaz com o benefício adicional de oferecer uma redução do volume de sangramento, com uma alta prevalência de sangramento favorável (90% das mulheres vão sangrar uma vez ao mês ou menos aos 12 meses de uso do método) e é potencialmente protetor contra a hiperplasia endometrial.¹¹⁻¹³

Outros métodos contendo progestagênio, como os orais, injetáveis ou implantes, também podem ser usados e apresentam poucas contraindicações.^{8,12}

O dispositivo intrauterino não hormonal contendo cobre fornece contracepção eficaz e reversível. Embora não proporcione alívio dos sintomas vasomotores, é uma opção para mulheres no período da perimenopausa, especialmente para aquelas com comorbidades médicas que contraindicam o uso de métodos hormonais.^{8,12}

As mulheres que optam pelo uso do dispositivo intrauterino (DIU) contendo cobre devem ser aconselhadas sobre o potencial de desenvolvimento ou exacerbação de sangramento menstrual, um efeito colateral que pode ser mais problemático neste período de transição da menopausa.^{8,11,12}

Os contraceptivos de barreira que incluem o diafragma e os preservativos (externos e internos) podem ser utilizados isoladamente ou em combinação com espermicidas vaginais.^{8,12} Atualmente, os preservativos são os únicos métodos amplamente disponíveis que reduzem a frequência de infecções sexualmente transmissíveis. Esta opção contraceptiva é dependente do coito, requer o uso correto e oportuno para um resultado adequado e as taxas de falha em uso típico costumam ser mais altas quando comparadas aos métodos hormonais e ao DIU de cobre.^{8,12}

Até quando as mulheres devem usar o anticoncepcional no climatério?

A pós-menopausa é caracterizada por níveis elevados de Hormônio Folículo Estimulante (FSH), valores maiores que 30 UI/L indicam um grau de insuficiência ovariana, mas não necessariamente de esterilidade, especialmente em mulheres < 50 anos.⁸ Alguns autores, sugerem que a combinação dos níveis de FSH com a idade pode ajudar a avaliar o estado hormonal das mulheres que utilizam contraceptivos entre as idades de 50 e 55 anos.^{4,8}

A anticoncepção pode ser interrompida quando houver a confirmação da menopausa que segundo a Sociedade Norte-Americana de Menopausa (NAMS), são 12 meses de amenorreia em mulheres com 40 anos ou mais. Algumas diretrizes como a da Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH) recomendam dois anos de amenorreia para mulheres entre 40 e 50 anos de idade e um ano para aquelas com 50 anos ou mais.^{4,8} A orientação pode ser para uso de métodos contraceptivos até os 55 anos, pois quase a totalidade das mulheres (95,9%) já terão apresentado a menopausa nesta idade.^{8,12}

Se o método contraceptivo usado for não hormonal (como por exemplo, o DIU de cobre) os critérios de amenorreia descritos anteriormente serão aplicáveis (Tabela 1). No caso do uso de contraceptivos hormonais, a avaliação é mais desafiadora, pois a amenorreia pode ser artificial. Embora os testes hormonais não apresentem um diagnóstico definitivo, eles podem auxiliar neste momento de transição (Tabela 1).

As usuárias de anticoncepção hormonal combinada apresentam valores suprimidos de estradiol e gonadotrofinas devido a ação do método. Uma alternativa de avaliação para estas mulheres é verificar os níveis de FSH no final do período livre de hormônio (7 dias), por duas vezes, com 6–8 semanas de intervalo. Se o nível de FSH for superior a 30UI/l em ambas as vezes, a contracepção pode ser descontinuada.^{4,8,12} Para alguns autores, após os 50 anos de idade, as usuárias de anticoncepcionais hormonais combinados deverão ser orientadas a trocar de método para aqueles que contem somente progestagênio, ou para um DIU de cobre, mas isto é discutível.^{4,8,12} A orientação do NAMS, é que na ausência de riscos para a utilização deste método, ele poderá ser continuado até os 55 anos.⁴ Quando se decide pela manutenção do anticoncepcional hormonal combinado, o uso de anticoncepcionais contendo estrogênio natural pode ser uma opção interessante¹².

Para usuárias de métodos com progestagênio isolado (pílulas, implante ou DIU hormonal), os níveis de FSH podem ser avaliados em pacientes com 50 anos ou mais e, se for superior a 30 UI/l, o método deve ser usado por mais um ano e depois

descontinuado. Esses contraceptivos também podem ser interrompidos aos 55 anos de idade, sem qualquer avaliação hormonal (Tabela 1).^{8,12}

Para as mulheres que utilizam o injetável trimestral, os níveis de FSH nem sempre são suprimidos. A avaliação dos valores de FSH pode ser verificada no dia que deve ser feita a injeção e repetida, antes da próxima aplicação (cerca de 90 dias). Se ambos os níveis forem superiores a 30 UI/l, a contracepção pode ser descontinuada.^{8,12} Outros autores sugerem que a dosagem do FSH pode ser feita de forma aleatória após os 50 anos, já que o AMPD faz depósito e não teria sentido aguardar o período da próxima injeção¹⁴ (Tabela 1).

Quando a terapia hormonal precisa ser oferecida?

A terapia hormonal não substitui a anticoncepção. Alguns métodos contraceptivos podem ser orientados com segurança juntamente com a terapia hormonal. O dispositivo intrauterino hormonal contendo levonorgestrel 52 mg é o mais indicado para a proteção endometrial, neste caso sua utilização deverá ser por 5 anos.^{8,12,15}

O implante de etonogestrel não é recomendado para proteção endometrial como parte da terapia hormonal, pois não há evidências que apoiem a eficácia do uso.^{8,12,15} Já para as pílulas de progestagênio, a pílula de progestagênio contendo drospirenona de 4 mg pode ser usada para proteção endometrial. Já a pílula de desogestrel (75 µg) não tem evidência para proteção endometrial. A tabela 2 resume as evidências de uso de contracepção e terapia hormonal¹⁵.

Conclusão

Não existe um método anticonceptivo único e universal. A escolha ideal depende das necessidades e características individuais de cada usuária. Mulheres com mais de 40 anos precisam reavaliar o método contraceptivo de sua escolha, devido ao aumento de alguns riscos característicos desta faixa etária. Um aconselhamento contraceptivo dinâmico, com troca de informações e orientações para a escolha mais adequada de anticoncepção em cada fase da vida é essencial para garantir a satisfação das usuárias.

Referencias

- 1- Speroff L. The perimenopause: definitions, demography, and physiology. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2002;29:397–410
- 2- McKinlay SM, Brambilla DJ, Posner JG. The normal menopause transition. *Maturitas*. 2008;61(1-2):4-16.
- 3- Taffe JR, Dennerstein L. Menstrual patterns leading to the final menstrual period. *Menopause* 2002; 9:32.
- 4- North American Menopause Society. *Menopause Practice: a Clinician's Guide*; 2022. Available from: <https://www.menopause.org/publications/professional-publications/em-menopause-practice-em-textbook>.
- 5- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). *Menopause: Full Guideline*. 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23/evidence/full-guideline-559549261>
- 6- Pompei LM, Bonassi-Machado R, Steiner ML, Pompei IM, de Melo NR, Nappi RE, Fernandes CE. Profile of Brazilian climacteric women: results from the Brazilian Menopause Study. *Climacteric*. 2022;25(5):523-529.
- 7- Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2011; 38:489.
- 8- FSRH Guideline Contraception for Women Aged Over 40 Years. (Updated November 2017). <https://www.fsrh.org/standards-andguidance/documents/fsrh-guidance-contraception-for-womenaged-over-40-years-2017/>
- 9- World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th ed. Geneva: WHO 2015. Disponível em: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
- 10- Cushman M. Epidemiology and risk factors for venous thrombosis. *Semin Hematol* 2007; 44:62–9.
- 11- Linton A, Golobof A, Shulman LP. Contraception for the perimenopausal woman. *Climacteric*. 2016 ;19(6):526-534.
- 12- Grandi G, Di Vinci P, Sgandurra A, Feliciello L, Monari F, Facchinetti F. Contraception During Perimenopause: Practical Guidance. *Int J Womens Health*. 2022 Jul 15;14:913-929.

- 13- Goldthwaite LM, Creinin MD. A Comparing bleeding patterns for the levonorgestrel 52 mg, 19.5 mg, and 13.5 mg intrauterine systems. *Contraception*. 2019 Aug;100(2):128-131.
- 14- Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Rees HV, Farley TM, Guidozi F. Detection of raised FSH levels among older women using depomedroxyprogesterone acetate and norethisterone enanthate. *Contraception*. 2003 Nov;68(5):339-43.
- 15- Stute P, Walker LJ, Eicher A, Pavicic E, Kolokythas A, Theis S, von Gernler M, von Wolff M, Vollrath S. Progestogens for endometrial protection in combined menopausal hormone therapy: A systematic review. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*. 2024 Jan;38(1):101815.

Tabela 1 – Critérios para suspensão dos contraceptivos de acordo com a idade

Contraceptivos	40 a 50 anos	> 50 anos
Métodos não hormonais	Pode suspender após 2 anos de amenorreia	Pode suspender após 1 ano de amenorreia
Contraceptivos hormonais combinados (CHC)	<ul style="list-style-type: none"> - Não vale a pena dosar o FSH pela variabilidade neste período e interpretação limitada - Manter o método se não tiver comorbidades e nem for tabagista 	<p>Ideal suspender aos 50 anos de idade e trocar por métodos não hormonais ou por contraceptivos de progestagênio isolado de baixa dose (Implante, DIU hormonal ou pílula de progestagênio isolado).</p> <p>Há autores que sugerem que, caso opte por manter o CHC, optar pelas pílulas com estrogênios naturais.</p>
AMPD (acetato de medroxiprogesterona depósito)	<ul style="list-style-type: none"> - Não vale a pena dosar o FSH pela variabilidade neste período - Manter o método 	<p>1) Apenas o Guideline do Reino Unido indica suspensão do AMPD após 50 anos e troca por métodos não hormonais ou por outro contraceptivo de progestagênio isolado.</p> <p>2) Caso opte por manter o AMPD > 50 anos:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Sem dosar FSH: Manter o uso até os 55 anos e suspender após. b) Dosando o FSH (> 50 anos e < 55 anos): <ul style="list-style-type: none"> - Atingir níveis de falência ovariana (depende de cada laboratório, no Reino Unido >

		<p>30UI/L): manter o método por mais um ano e suspender.</p> <p>- Não atingir níveis de falência: manter o método e dosar o FSH anualmente até atingir valores de falência ovariana. Atingindo falência, seguir a recomendação acima.</p>
<p>Implante de etonogestrel DIU hormonal Pílula de progestagênio isolado</p>	<p>- Não vale a pena dosar o FSH pela variabilidade neste período</p> <p>- Manter o método</p>	<p>1) Sem dosar FSH: Manter o uso até os 55 anos e suspender após.</p> <p>2) Dosando o FSH (> 50 anos e < 55 anos):</p> <p>- Atingir níveis de falência ovariana (depende de cada laboratório, no Reino Unido > 30UI/L): manter o método por mais um ano e suspender.</p> <p>- Não atingir níveis de falência: manter o método e dosar o FSH anualmente até atingir valores de falência ovariana. Atingindo falência, seguir a recomendação acima.</p>

Adaptada de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017 (8).

AMPD: Acetato de medroxiprogesterona de depósito.

Tabela 2- Utilização de Terapia hormonal e método contraceptivo

MÉTODO	SEGURANÇA COM TH	FUNÇÃO NA TH
DIU hormonal	DIU-LNG 52 mg: Pode ser usado como contraceptivo junto com o estrogênio utilizado para TH	DIU-LNG 52 mg: pode ser usado até 5 anos para proteção endometrial e precisa ser substituído regularmente quando usado para esse fim, independentemente da idade no momento da inserção.

	DIU-LNG 19,5 mg: Pode ser usado como contraceptivo, mas a TH deve conter um progestagênio para proteção endometrial.	O DIU-LNG 19,5 mg: não tem evidência para proteção endometrial
Implante de etonogestrel/ Pílulas de progestagênio	Podem ser usados como contraceptivo, mas a TH deve conter um progestagênio para proteção endometrial. A pílula de drospirenona é a única exceção que pode ser usada como contraceptivo junto com o estrogênio utilizado para TH	Implante de etonogestrel e pílula de desogestrel: não tem evidência para proteção endometrial Pílula de drospirenona (4mg): Pode ser utilizada para proteção endometrial.
Anticoncepcionais hormonais combinados	Não deve ser usada com TH	Pode ser usado em mulheres elegíveis com < 50 anos como alternativa à TH.

Adaptada de de Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare, 2017 (8) e de Stute P et al, 2024 (15).

TH: Terapia Hormonal; DIU-LNG: Dispositivo intrauterino de levonorgestrel