

What is new about contraception? Best Articles from 2026

O que há de novo na contraceção hormonal em 2026

Pedro Viana Pinto¹, Ana Rosa Costa¹
em representação da Sociedade Portuguesa de Contraceção

Abstract

Contraceptive choice is integral to reproductive autonomy and individual health care. In 2026, new evidence continued to challenge established paradigms on contraceptive safety while expanding the pharmacotherapeutic and public health framework of family planning. This year's studies provided real-world data on the cardiovascular and cerebrovascular safety of combined oral contraceptives in women with migraine, the comparative hemostatic profile of body-identical estrogens, management of contraceptive-induced bleeding changes, and contraceptive safety during anticoagulant therapy. Major consensus statements also reinforced sexual and reproductive rights as essential tenets of evidence-based care.

Keywords: Contraception; Venous Thromboembolism; Stroke; Estetrol; Sexual and Reproductive Health and Rights.

Resumo

A escolha contraceptiva é um pilar da autonomia reprodutiva e dos cuidados de saúde individuais. Em 2026, a evidência científica continuou a desafiar paradigmas clínicos clássicos de segurança, expandindo simultaneamente o quadro farmacoterapêutico e de saúde pública da contraceção hormonal. Estudos publicados este ano trouxeram dados essenciais do mundo real sobre a segurança cardiovascular e cerebrovascular dos contraceptivos hormonais combinados em mulheres com enxaqueca, o impacto hemostático comparativo dos estrogénios naturais, o controlo das alterações hemorrágicas induzidas por progestativos e a segurança em contexto de hipocoagulação. Consensos internacionais de relevo reafirmaram os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos fundamentais.

Palavras-chave: Contraceção; Tromboembolismo Venoso; Acidente Vascular Cerebral; Estetrol; Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos.

O Planeamento Familiar, no geral, e a contraceção, em particular, promovem uma vivência adequada da sexualidade e do planeamento reprodutivo, constituindo uma forma privilegiada de prevenir gravidezes indesejadas e de planear a gravidez em mulheres com condições clínicas específicas. Estão disponíveis, em Portugal e internacionalmente, múltiplas opções hormonais e não hormonais, cujos perfis de segurança e to-

lerabilidade continuam a ser reavaliados cientificamente. Em 2026, a literatura científica na área da contraceção foi enriquecida com estudos importantes.

CONTRACEÇÃO E RISCO CEREbroVASCULAR: O PARADIGMA DA ENXAQUECA

As mulheres com enxaqueca, em particular a enxaqueca com aura, têm sido consensualmente consideradas não elegíveis para o uso de contraceção hormonal combinada (CHC) devido ao risco acrescido de acidente

1. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Departamento de Bio-medicina, Serviço de Anatomia, Porto, Portugal. ULS São João, Serviço de Ginecologia.

vascular cerebral (AVC) isquémico¹⁻³. Contudo, grande parte da evidência que fundamentava a categoria 4 dos critérios médicos de elegibilidade assentava em formulações históricas de elevada dosagem estrogénica (>50 µg de etinilestradiol (EE)) ou em estudos com limitações metodológicas importantes, pelo que esta categoria de elegibilidade tem sido contestada⁴.

No Japão, Koyanagi et al. recorreram à base de dados nacional de registos de saúde (2012-2024) para analisar uma coorte de 215.536 mulheres (20-49 anos) diagnosticadas com enxaqueca⁵. Os autores investigaram a segurança de CHC contendo EE ≤ 35 µg EE e 20 µg EE em mulheres com diagnóstico de enxaqueca e sem fatores de risco trombóticos conhecidos. Numa análise de sobrevivência, comparando utilizadoras que mantiveram a terapêutica com mulheres que suspenderam a toma após a primeira prescrição, a incidência cumulativa, ajustada a confundidores, de AVC isquémico aos 5 anos foi de 0,11% (IC 95%, 0,01% a 0,81%) no grupo que manteve CHC *versus* 0,38% (IC 95%, 0,12%-1,18%) no grupo que descontinuou CHC, resultando num *hazard ratio* ajustado de 0,10 (IC 95%, 0,01-1,36). O grupo de utilizadoras de CHC apresentou uma incidência cumulativa de AVC isquémico aos 5 anos de 0,13% (IC 95%: 0,02-0,75), em comparação com 0,17% (IC 95%: 0,12-0,23) no grupo de não utilizadoras. Estes dados reforçam que em mulheres em idade reprodutiva e sem outros fatores de risco cardiovascular, o risco absoluto de AVC associado à CHC com dose inferior a 35 µg poderá ser substancialmente menor do que historicamente presumido.

Em concordância com este estudo, no Reino Unido, Gibbs et al.⁶ conduziram um estudo de coorte retrospectivo, recorrendo a uma base de dados populacional eletrónica entre 2000 e 2024, incluindo mulheres com diagnóstico clínico de enxaqueca com aura e sem antecedentes de doença trombótica, que iniciaram CHC. O estudo comparou 12.429 utilizadoras de CHC (~2% com doses de EE > 35 µg) com 41.984 utilizadoras de pílulas só com progestativo (PO). Na análise principal com 1 ano de seguimento, 6 pacientes tiveram um AVC isquémico; o risco absoluto de AVC isquémico foi baixo em ambos os grupos: 17,36 por 100.000 pessoas no grupo CHC (2 eventos) *versus* 17,62 por 100.000 pessoas no grupo PO (4 eventos). A diferença de risco entre CHC e PO, ajustada a confundidores, foi de 9,53 por 100.000 pessoas (IC 95%: -38,65 a 57,71).

É importante destacar que, embora estes dados sejam relevantes, não devem levar a concluir que estamos perante uma alteração das recomendações atuais de elegibilidade médica. São dados importantes para reforçar que estes critérios de elegibilidade devem ser constantemente reavaliados e que a decisão clínica deve ser ponderada de acordo com os diferentes fatores de risco individuais.

SEGURANÇA TROMBOEMBÓLICA DOS ESTROGÉNIOS NATURAIS

A utilização de CHC constitui um dos principais fatores de risco para tromboembolismo venoso (TEV) em mulheres em idade fértil, decorrente da interferência estrogénica na síntese proteica hepática e modulada pelo tipo de progestativo associado. Neste contexto, o desenvolvimento de formulações com estrogénios naturais tem demonstrado um perfil metabólico e hemostático mais favorável, minimizando o risco trombótico tipicamente associado às opções combinadas clássicas.

No âmbito da farmacovigilância, Raskin et al. realizaram uma análise de desproporcionalidade com base no sistema norte-americano *FDA Adverse Event Reporting System*, avaliando notificações de TEV até outubro de 2024⁷. Utilizando como padrão de referência clínico de segurança o EE combinado com levonorgestrel (EE/LNG), o estudo demonstrou que as associações baseadas em estrogénios naturais apresentaram taxas de notificação proporcional (PRR) de TEV significativamente menores: estetrol com drospirenona (E4/DRSP), com PRR de 0,54 (IC 95%: 0,30-0,99), e valerato de estradiol com dienogeste, com PRR de 0,79 (IC 95%: 0,65-0,97). Estes valores situaram-se no mesmo patamar de segurança observado para as pílulas só de progestativo (Drospirenona: PRR 0,64, IC 95%, 0,55-0,74). Em contraste, a combinação sintética EE/drospirenona apresentou o maior PRR de 5,18 (IC de 95%, 4,95-5,42). Estes dados corroboram as análises prévias da base europeia *EudraVigilance*, consolidando a evidência de que os estrogénios naturais apresentam um perfil trombótico francamente mais favorável. Temos sempre de destacar as limitações da base de dados avaliada, nomeadamente o risco de

subnotificação, a duplicação de registros, o viés de indicação e a impossibilidade de calcular a incidência real, pelo que estes dados não podem ser considerados definitivos.

O perfil hemostático do estetrol foi igualmente avaliado por Chantrapanichkul et al. num ensaio clínico randomizado e duplamente cego em 66 mulheres com síndrome do ovário poliquístico/síndrome metabólica poliendócrina do ovário⁸. O ensaio comparou E4 15 mg/DRSP 3 mg com DRSP 4 mg isolada ao longo de 12 semanas e a hemostase foi avaliada por meio de ensaios de geração de trombina. Ambos os regimes induziram aumentos modestos nos parâmetros de coagulação, sem diferença estatisticamente significativa entre os grupos.

Destacamos, por último, a revisão sistemática publicada por Sánchez-Prieto et al., que reuniu 25 publicações originais e relatórios de ensaios clínicos sobre a combinação E4/DRSP e demonstrou um perfil metabólico positivo face a formulações com EE, com interferência significativamente menor nos parâmetros de coagulação, fibrinólise e metabolismo hepático⁹. No entanto, devemos referir que a certeza da evidência foi avaliada apenas como moderada para as alterações de marcadores hemostáticos/metabólicos e muito baixa para o risco de tromboembolismo venoso clínico (devido à raridade intrínseca dos eventos). Conclui-se, assim, que, embora os marcadores biológicos e os modelos preditivos sugiram um perfil de menor propensão trombótica em comparação ao EE, a confirmação definitiva da sua superioridade clínica ainda deve ser estabelecida.

HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

A hemorragia uterina anormal associada ao implante contraceptivo subdérmico é a principal causa de insatisfação e de descontinuação do implante. Edelman et al. realizaram um ensaio clínico aleatorizado, duplamente cego e controlado por placebo, incluindo 65 utilizadoras de implante de etonogestrel com hemorragia frequente ou prolongada, randomizadas para receber ácido tranexâmico oral (1300 mg, 3 vezes/dia durante 5 dias) ou placebo. O desfecho primário – o número total de dias sem hemorragia ou perdas nos 30 dias sub-

seqüentes ao tratamento – não diferiu entre ambos os grupos (mediana de 19 dias em ambos; $p = 0,38$), nem se observaram diferenças na taxa de satisfação das utilizadoras ($p = 0,98$). Os autores sugerem que, contrariamente à hemorragia menstrual abundante (em que a hiperfibrinólise endometrial tem papel preponderante), o sangramento induzido pelo implante é multifatorial, implica fragilidade e desregulação microvascular endometrial sob efeito progestativo contínuo, contexto no qual a inibição isolada e transitória da fibrinólise não será suficiente para alterar a evolução clínica, mantendo-se o tratamento com CHC com EE 30 µg o tratamento mais recomendado nestas situações.

O aconselhamento sobre métodos contraceptivos em mulheres sob anticoagulação sistémica exige uma ponderação cuidadosa entre o risco de repetição de um evento trombótico e o de hemorragia uterina anormal. Nguyen et al. publicaram uma revisão sistemática no âmbito da atualização das recomendações dos CDC¹⁰. Analisando 14 estudos (13 com risco de viés moderado a alto), os autores concluíram que o uso de contraceção hormonal (combinada ou progestativa) não aumentou a incidência de TEV recorrente em mulheres sob anticoagulação terapêutica. No estudo prospetivo multicêntrico de Martinelli et al. incluído na revisão, a incidência de repetição de evento trombótico durante a anticoagulação foi de 4,0%/ano entre utilizadoras de terapêutica com EE, 3,8%/ano com PO e 4,7%/ano entre mulheres sem contraceção hormonal¹¹. Relativamente ao padrão de hemorragia uterina, o dispositivo intrauterino de cobre associou-se a um agravamento significativo das perdas hemorrágicas, em comparação com o dispositivo intrauterino com libertação de levonorgestrel (DIU-LNG), que demonstrou ser altamente eficaz na redução das perdas sanguíneas. Os autores concluem que, apesar de a evidência ser limitada, o risco de TEV aparentemente não aumenta com a utilização de contraceção hormonal.

POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS, DIREITOS FUNDAMENTAIS

Na sequência do 18.º Congresso realizado em Belgra-

do, a Sociedade Europeia de Contraceção e Saúde Reprodutiva (ESCRH) emitiu um documento de posicionamento abrangente, fundamentado na evidência e centrado nos direitos humanos¹². O documento reafirma a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos inalienáveis e elenca dez princípios orientadores fundamentais. Sustentado pelos dados do *Contraception Policy Atlas Europe 2026* e do *European Abortion Policies Atlas 2025*, o artigo denuncia que apenas 21 de 47 países europeus asseguram a participação pública de métodos de contraceção reversível de longa duração e apenas 8 disponibilizam contraceção de emergência (CE) gratuita em farmácias, subsistindo assimetrias regulatórias e ideológicas graves (como a exigência de consentimento parental para menores em 8 países e a obrigatoriedade de receita médica para aceder a CE na Hungria e na Polónia)^{13,14}. O documento exorta os governos a garantirem a cobertura universal dos métodos contraceptivos modernos, o acesso legal e digno à interrupção voluntária da gravidez (rejeitando que a objeção de consciência individual crie barreiras intransponíveis ou seja admitida a nível institucional), a vacinação universal contra o HPV, o reforço do rastreio e do tratamento precoce de infeções sexualmente transmissíveis e a proteção expressa das populações mais vulneráveis face a movimentos organizados de desinformação.

CONCLUSÃO

Os artigos selecionados em 2026 trazem mensagens de elevado valor prático. O risco de AVC isquémico associado a formulações contraceptivas combinadas modernas em mulheres com enxaqueca, sem outros fatores de risco, mostrou-se consideravelmente reduzido em estudos populacionais de grande dimensão, o que convida a uma individualização criteriosa do aconselhamento contraceptivo. Por outro lado, é dado destaque ao papel dos estrogénios naturais, aparentemente associados de forma consistente a um menor risco de TEV, devendo ser considerados uma opção para mulheres com maior risco cardiovascular, incluindo mulheres >40-45 anos de idade, que desejem esta forma de contraceção. Em doentes hipocoaguladas, o DIU-LNG posiciona-se como uma escolha vantajosa na prevenção e

no controlo de queixas hemorrágicas, sem comprometer o controlo trombótico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Selected practice recommendations for contraceptive use. 4th edn. Geneva: World Health Organisation.
2. Organization. WHO. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 6th ed. 2025.
3. Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, Whiteman MK. Using updated clinical recommendations to support contraceptive decision-making: U.S. medical eligibility criteria for contraceptive use, 2024. *Contraception*. 2026;159:111015.
4. Voedisch AJ, Hindiyeh N. Combined hormonal contraception and migraine: are we being too strict? *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2019;31(6):452-8.
5. Koyanagi S, Yanai T, Inayama Y, Tanaka-Mizuno S, Kawakami K. Evaluating the Risk of Ischemic Stroke With Low-Dose Combined Oral Contraceptives in Women With Migraine: A Nationwide Claims Database Study. *J Obstet Gynaecol Res*. 2026;52(8):e70441.
6. Gibbs LR, Fox MP, Aparicio HJ, Jick S. Combined Oral Contraceptives and Stroke Risk in Individuals With Migraine With Aura. *Obstet Gynecol*. 2026;148(2):160-70.
7. Raskin L, Didembourg M, Dogne JM, Locquet M, Creinin MD, Beaudart C, et al. Venous thromboembolism with combined oral contraceptives based on estrogen and progestin content: a disproportionality analysis of the United States Food and Drug Administration Adverse Event Reporting System database. *Am J Obstet Gynecol*. 2026;235(1):78-85.
8. Chantapanichkul P, Wiwatboworn P, Rattanachaiyanont M, Tanmahasamut P, Wongwananuruk T, Surasang W, et al. Effects of estetrol/drospirenone vs drospirenone-only on thrombin generation in women with polycystic ovary syndrome: a randomized, double-blind, controlled trial. *Res Pract Thromb Haemost*. 2026;10(5):106897.
9. Sanchez-Prieto M, Coll S, Romero-Dominguez M, Avella-Marcos M, Castilla M, Gomez Del Valle M, et al. Estetrol/drospirenone for combined oral contraception: a systematic review of efficacy, cycle control, and safety. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2026;17:1867343.
10. Nguyen AT, Tepper NK, Gold H, Ramer S, Curtis KM, Whiteman MK. Safety of contraception among women using anticoagulant therapy: An updated systematic review. *Contraception*. 2026;159:111276.
11. Martinelli I, Lensing AW, Middeldorp S, Levi M, Beyer-Westendorf J, van Bellen B, et al. Recurrent venous thromboembolism and abnormal uterine bleeding with anticoagulant and hormone therapy use. *Blood*. 2016;127(11):1417-25.
12. Bombas T, Farris M, Cameron ST, Furau C, Banovic M, Conde JCQ, et al. POSITION PAPER ON Sexual and Reproductive Health and Rights Belgrade, 2026. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2026;1-10.
13. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF). *Contraception Policy Atlas 2026* [Internet]. Brus-

sels: EPF; 2026. Available from: <https://www.epfweb.org/node/1177>.

14. European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights. European Abortion Policy Atlas 2025 [Internet]. Brussels: EPF; 2025. Disponível em: <https://www.epfweb.org/node/1156>

CONTRIBUTOS DOS AUTORES

PVP – Concetualização, Redação do rascunho original, Redação – revisão e edição.

ARC – Concetualização, Supervisão, Redação – revisão e edição.

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram não possuir conflitos de interesse.

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Pedro Viana Pinto

E-mail: pedrovianapinto@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8464-6594>

RECEBIDO EM: 16/09/2026

ACEITE PARA PUBLICAÇÃO: 16/09/2026