

23/24
SET2016

6^a REUNIÃO NACIONAL

Sociedade Portuguesa da Contraceção

JORNAL DO CONGRESSO
DISTRIBUIÇÃO GRATUITA 24.09.2016

Fundação Bissaya Barreto | Coimbra

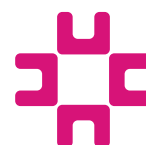
Coimbra debate atualidades da contraceção



Na abertura da Reunião Anual da SPDC, no auditório da Fundação Bissaya Barreto em Coimbra, o grande homenageado pelos 6 anos de existência desta Sociedade foi o Dr. David Rebelo, que desde o início acompanhou a sua fundação. Na opinião de todos os presentes na mesa de abertura, a Sociedade Portuguesa de Contraceção está de Parabéns, pelos 6 anos e pelo excelente trabalho desenvolvido. Hoje é tempo de dar continuidade ao caminho seguido até aqui e divulgar um conjunto de boas práticas e orientações em contraceção (Consensos em Contraceção 2016), bem como debater e analisar o estado do ensino e formação em saúde sexual e reprodutiva em Portugal.



Contraceção: que opções no risco e na doença?



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO



Dr.ª Teresa Bombas
Presidente da SPDC

Caros colegas,

A Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) faz 6 anos. Durante deste período, a SPDC tem dado um forte contributo para dar continuidade ao trabalho feito por muitos de nós, no âmbito da saúde sexual e reprodutiva. O volume de trabalho, atualmente, é menor no aspeto legal, porque as condições legais para o acesso ao Planeamento Familiar estão garantidas. No entanto, o trabalho continua a ser grande na promoção da atualização de conhecimentos entre os profissionais de saúde e na promoção de uma sexualidade segura em Portugal.

Nos últimos anos, a SPDC, deu provas da sua importância como Sociedade Científica no âmbito da Ginecologia e Obstetrícia. Promoveu reuniões, atualizou recomendações, colaborou com outras Sociedades Científicas em novas recomendações para a contraceção, participou e desenvolveu estudos científicos.

A SPDC está filiada na Federação das Sociedades Portuguesas de Ginecologia e Obstetrícia e também noutras Sociedades Internacionais, como é o caso da Sociedade Europeia de Contraceção, da Confederação Ibero-Americana de Contraceção, do Consórcio Europeu de Contraceção de Emergência e da Federação Internacional dos Profissionais do Aborto, levando além-fronteiras o nome de Portugal, os nossos indicadores e todo o trabalho desenvolvido em prol da saúde da mulher.

A nível nacional, a SPDC tem como parceiros outras sociedades científicas, bem como a Associação para o Planeamento da Família - a mais antiga associação direcionada para esta área - com um trabalho importantíssimo e reconhecido por todos.

É tempo para comemorar estes seis anos de existência com mais uma reunião, na qual serão abordados tópicos importantes na atualização da contraceção, não só em condições de saúde específicas,

como também será discutida a importância do ensino pós-graduado em saúde sexual e reprodutiva.

A contraceção não tem sido, infelizmente, uma área preferencial da nossa especialidade, ainda que seja, curiosamente, transversal a todos os grupos etários da população feminina – por nós tratados. Alguns, em situações de saúde e de doença por vezes muito preocupantes. É neste contexto que é fundamental modificar este panorama. Acreditamos que vale a pena dar continuidade ao trabalho realizado e garantir o acesso ao planeamento familiar e aos melhores resultados em saúde sexual e reprodutiva.

Entendo que, na qualidade de profissionais de saúde, fomos treinados para cuidar da saúde das pessoas, crescemos a ensinar, a melhorar condutas e a otimizar recursos. Devemos, por isso, continuar este percurso contribuindo para que os casais tenham os filhos que quiserem e quando quiserem, sem doenças e a conseguirem fazer as suas escolhas de forma consciente e informada.

Este nosso trabalho não se aplica apenas à população que servimos hoje, mas também à comunidade médica. A sexualidade faz parte integrante do ser humano e mesmo na presença de doença pode ser vivida com segurança. Hoje, a medicina está desenvolvida de modo a assegurar o acesso à maternidade de forma segura - mesmo em mulheres com doenças graves - pelo que é fundamental que, de uma forma multidisciplinar, possamos garantir a estes casais, métodos de contraceção muito seguros, para que a gravidez possa acontecer de forma planeada, em fases estáveis das suas doenças, e o resultado seja o mais favorável possível.

Conto convosco para dar continuidade ao trabalho que temos desenvolvido nestes últimos seis anos. E conto convosco para que num futuro próximo a contraceção seja reconhecida como essencial à qualidade de vida de todos aqueles que querem manter livres as suas escolhas.

Boa reunião!

Dr.ª Lúcia Correia

Contraceção e cancro da mama

A Dr.ª Lúcia Correia apresentou ontem, na mesa «Contraceção e cancro da mama» uma palestra subordinada ao mesmo tema, que resume no texto abaixo apresentado.

O cancro da mama é o principal cancro a afetar mulheres em idade reprodutiva pelo que a temática da contraceção e cancro da mama permanece atual e controversa, quer se aborde a contraceção e risco de cancro da mama quer se discutam as opções contraceptivas em mulheres com cancro da mama.

Resultados de estudos iniciais apontavam para uma associação entre contraceção hormonal oral e risco acrescido de cancro da mama. No entanto, estudos mais recentes, aleatorizados, concluem que as utilizadoras de contraceptivos hormonais apresentam um risco global de cancro da mama semelhante à população geral, independentemente do método utilizado. Contudo, ao abordarmos separadamente diferentes subtipos histológicos, permanece por esclarecer de forma cabal o papel da contraceção hormonal nos cancros da mama triplo negativos, com alguns autores a identificarem um aumento da sua incidência nas utilizadoras destes métodos.

Uma vez diagnosticado um cancro da mama, o diagnóstico precoce e os avanços alcançados na terapêutica do cancro da mama permitem que cerca de 2\3 das mulheres em idade reprodutiva permaneçam férteis após o tratamento. Simultaneamente, estas mulheres são aconselhadas a não engravidar nos primeiros anos após o tratamento. Como tal, assume particular importância uma correta informação e escolha contraceptivas antes, durante e após os tratamentos, e modo a evitar gravidezes indesejadas.



Dr.ª Lúcia Correia

Os contraceptivos hormonais são desaconselhados, em todos os tipos de cancro da mama, pelo impacto negativo no prognóstico. Para estas mulheres, o dispositivo intrauterino de cobre é considerado o método contraceptivo de primeira linha, dada a sua longa duração e elevada efetividade, por ser não hormonal, reversível e utilizadora independente. Permanece o debate sobre os riscos e benefícios do uso do sistema intrauterino libertador de levonorgestrel nas mulheres sob tamoxifeno.

Uma última palavra para a contraceção de emergência. Perante uma relação sexual desprotegida não está contraindicado nenhum dos métodos disponíveis (incluindo os hormonais), destacando também neste contexto o dispositivo intrauterino de cobre por permitir uma posterior contraceção de longa duração.

I MOMENTOS



6ª REUNIÃO NACIONAL SOCIEDADE PORTUGUESA DA CONTRACEÇÃO

Dr.ª Maria João Carvalho

Repermeabilização tubária

A laqueação tubária é um método frequentemente utilizado para contraceção definitiva em mulheres que atingem os seus objetivos reprodutivos. De acordo com a avaliação das práticas contraceptivas das mulheres portuguesas de 2015, a opção por este método tem vindo a decrescer nos últimos 10 anos. As modificações nas circunstâncias de vida da mulher, como um novo parceiro ou a perda de um dos filhos, podem resultar no desejo de uma nova gravidez.



Dr.ª Maria João Carvalho

Na era da procriação medicamente assistida (PMA) qual será posicionamento da repermeabilização tubária? A literatura é escassa em estudos que confirmam um elevado nível de evidência na comparação da intervenção cirúrgica de reanastomose tubária com a fertilização in vitro (FIV). A repermeabilização oferece vantagens no que se refere a uma melhor relação custo-eficácia em mulheres com menos de 40 anos, com taxas de gravidez extrauterinas semelhantes.

Os estudos de maiores dimensões com mulheres submetidas a reversão da esterilização demonstraram taxas cumulativas de gravidez de mais de 50%. Estas taxas são particularmente influenciadas pela idade da mulher, com resultados que ultrapassam os 80% em mulheres mais jovens, particularmente com menos de 35 anos. No que se refere à técnica cirúrgica e via de abordagem, não é possível estabelecer conclusões acerca da metodologia mais adequada e com melhores resultados. Apesar das várias intervenções descritas, a microcirurgia é frequentemente utilizada e a abordagem por laparotomia ou laparoscopia não influencia os resultados da repermeabilização.

No Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra existe uma parceria entre o Serviço de Ginecologia e o Serviço de Medicina da Reprodução, que desen-

volveram um protocolo para orientação para repermeabilização tubária versus FIV. A avaliação do casal contempla uma exclusão de outros fatores de infertilidade e, para além da idade, são considerados o perfil cirúrgico, o número de filhos desejado e a reserva ovárica. A orientação por idade é influenciada pelas contingências de tratamentos de PMA no Serviço Nacional de Saúde. As mulheres com menos de 35 anos são referenciadas para procedimento cirúrgico de reversão, as que têm mais de 37 anos são propostas preferencialmente para técnicas de PMA e com mais de 40 anos apenas a repermeabilização pode ser proposta.

Entre os 35 e os 37 anos habitualmente ocorre uma ponderação individual. O procedimento cirúrgico realiza-se pela técnica de microcirurgia por laparotomia. A taxa de gravidez no grupo de 26 mulheres submetidas à intervenção, com uma média de idades de 39,6 anos, foi de 34,6%.

A evidência, apesar de suportada por estudos não randomizados, sugere que a microcirurgia deve ser recomendação para reversão da laqueação tubária. A seleção adequada das doentes e a manutenção da execução da técnica em centros de referência, por cirurgiões experientes, serão pressupostos para resultados reprodutivos favoráveis.

EDIÇÃO:



HSJ Consultores, Lda.
Miraflores 1495-048 Algés
geral@hsj-consultores.pt
TEL. 00351 218 251 051

Mais informações através de:

www.spdc.pt
www.reuniaospdc.com

Contactos:

spdccontracecao@gmail.com
reuniaospdc@mundiconvenius.pt

Agradecemos o apoio de todos os que contribuíram para a realização deste jornal.



Dr. Pedro
Tiago Silva

Oclusão tubária endoscópica

No primeiro dia da 6ª Reunião Nacional da SPDC, o Dr. Pedro Tiago Silva apresentou, no âmbito da mesa sobre Contraceção Definitiva, o tema «Oclusão tubária endoscópica» que resume abaixo.

A contraceção definitiva ainda é um dos métodos de planeamento familiar mais utilizados em diversos países. O sistema ESSURE foi aprovado em 2002 pela *Foods and Drugs Administration (FDA)* como método de contraceção definitiva feminina.

É constituído por dois micro-implantes com espiral externa de níquel-titânio que envolve um sistema interno flexível de aço inoxidável, coberto por uma camada de fibras de polietileno (PET), responsáveis pela reação inflamatória/fibrose que condiciona a oclusão tubária ao longo de um período de 3 meses.

Os procedimentos de esterilização histeroscópicos oferecem uma alternativa minimamente invasiva, executada sob visualização direta, de forma segura e fácil, sem necessidade de anestesia geral. Quando comparado aos métodos tradicionais de esterilização feminina,

como a laqueação tubária laparoscópica, os riscos são reduzidos, tornando-se particularmente atrativo em pacientes com elevado risco cirúrgico/anestésico (aderências pélvicas, obesidade ou outras co-morbilidades). O impacto deste método na vida das mulheres é baixo, permitindo um retorno imediato às atividades diárias.

A maioria dos estudos que avaliam os custos diretos e indiretos associados a estes procedimentos concluem existir vantagens com esta técnica. Elevadas taxas de sucesso estão descritas na literatura, atingindo os 99,8% de eficácia após 5 anos de *follow-up* com elevadas taxas de satisfação das pacientes e raras complicações (0,15%), quando realizados por cirurgiões experientes.

No Hospital Pedro Hispano, foram realizadas 408 oclusões tubárias endoscópicas, entre janeiro de 2005 e dezembro de 2015. A população alvo tinha em média

37,5 anos de idade, IMC médio de 27,9 Kg/m² e em 37% dos casos foi possível identificar a presença de co-morbilidades que aumentam o risco cirúrgico/anestésico ou contra-indiquem contraceção hormonal sistémica.

A confirmação da posição dos implantes/occlusão tubária foi realizado maioritariamente por radiografia abdominal (76,7%) e, em casos selecionados ou inconclusivos, com recurso a histerosalpingografia ou ecografia bidimensional.

Foi possível a colocação bem sucedida, na primeira intervenção, em 98,5% dos casos com uma taxa de sucesso do procedimento de 97,5% (gravidezes pós-ESSURE 0,7%). Complicações a curto e médio prazo foram muito raras (1,96%, predominantemente algias pélvicas/hemorragia uterina anómala).

I MOMENTOS





Dr.ª Fátima Palma

Dr.ª Fátima Palma

Diferentes tipos de enxaqueca – diferentes escolhas contraceptivas

Contraceção em mulheres com cefaleias e enxaqueca é o tema da palestra que inicia o dia de hoje.

Na sua intervenção, a Dr.ª Fátima Palma, especialista em ginecologia e obstetria do Centro Hospitalar de Lisboa Central (MAC), considera que este tema é bastante pertinente de abordar junto dos colegas pois as enxaquecas são bastante frequentes nas mulheres em idade fértil. Em termos de contraceção, há ainda que considerar medidas específicas para as mulheres com enxaqueca com aura.

«Resolvemos abordar este tema porque as cefaleias vs enxaquecas são um sintoma muito frequente que se manifesta maioritariamente nas mulheres na segunda e terceira década de vida, ou seja, altura em que usam contraceção». É com esta frase que a Dr.ª Fátima Palma justifica a abordagem ao tema hoje em discussão e análise.

Quando no ano passado apresentámos o estudo «Avaliação das Práticas Contraceptivas em Portugal» este mostrou que a grande maioria das mulheres usa contraceção e o método mais usado é a pílula. Dados muito importantes se considerarmos que no universo das mulheres que sofrem enxaqueca algumas não devem fazer contraceção hormonal combinada. «Há algumas mulheres que têm enxaquecas relacionadas com o período menstrual ou com o intervalo livre da pílula: estas

enxaquecas ou cefaleias melhoram sobretudo com a administração continua dos metodos de contraceção hormonal combinada.

O que se verifica é que as enxaquecas vão melhorando com o prolongar do tempo de utilização da contraceção (tem sobretudo a ver com diminuição das flutuações dos níveis de estrogénios) quer os metodos de contraceção hormonal combinada quer só com progestativo », salienta a ginecologista.

Há, porém, um outro tipo de enxaqueca – a enxaqueca com aura (enxaqueca precedida de sintomas, habitualmente visuais e que precedem o início da enxaqueca [aura]) sendo que nestas mulheres há um risco – baixo mas que existe – acrescido de Acidente Vascular Cerebral (AVC). Ora, somando este aspeto com o facto de a pílula já por si ter um ligeiro

risco protrombótico fez com que a Organização Mundial de Saúde considerasse que nas mulheres com enxaqueca com aura a Contraceção Hormonal Combinada fosse contraindicada, devendo optar-se por outro método contraceptivo sem estrogénios», reforça a especialista.

A importância desta sessão é a de fornecer mais informação sobre esta condição a todos os que fazem planeamento familiar – ginecologistas, obstetras, médicos de medicina geral e familiar e pediatras – para que «possam certificar-se sobre qual o tipo de enxaqueca, sabendo que há uma vasta gama de métodos à disposição das mulheres com enxaqueca com aura, nas quais a contraceção oral combinada está contraindicada».

«Com este tema queremos chamar a atenção para o diagnóstico de enxaqueca sabendo distinguir a enxaqueca “normal” da enxaqueca com aura.



Em Portugal a prevalência de enxaqueca é de 18,8% (mulheres) e 10,7% (nos homens). 70% a 80% dos ataques de enxaqueca são sem aura e 20%-30% são com aura. É a terceira doença não fatal mais prevalente a nível mundial.

Dr. Iñaki Lete

What is a positive family history with regard to VTE risk in women with need for hormonal contraception?

(Can I prescribe combined hormonal contraception to a woman with a family history of VTE?)

Subordinada ao tema «Qual o significado da história familiar no risco tromboembólico», o Dr. Inaki Lete resume, no texto abaixo, a sua palestra.



Dr. Iñaki Lete

Venous thromboembolism (VTE) is a multifactorial disease. Among the several risk factors described for VTE there are two that focus today's lecture: Inherited defects in the coagulation system and the use of steroidal hormones.

It is well known the use of steroidal hormones, especially the use of estrogens, increases the risk of having a VTE compared to do not use them. Women and their doctors should be aware of this risk increase during the use of combined hormonal contraception and that should be compared with the risk of pregnant women.

Other well known risk factor is to be carrier of an inherited thrombophilia. Those patients with an inherited thrombophilia have a higher risk of VTE. We also know that there is a strong association between hereditary defects of coagulation, use of combined contraceptives and the risk of VTE and there is a supra-additive effect on the risk of VTE on women taking COCs and carrying some coagulation defects. Thus, the question is crucial: should we study all women in order to diagnose a thrombophilia or should this study limited only to women with familial risk factors?

Universal or unselected population screening is inappropriate and should be avoided due to its high costs and low efficiency. In an American study it was estimated the costs of screening for FV Leiden prior to prescribing CHC:

Over 92000 women with FV Leiden would need to be identified and COCs withheld to prevent one VTE related death with a cost of US dollars 300 million. In UK, the screening for all thrombophilic defects in women prior to prescribing CHC would incur an additional £ 200402 to prevent one additional case of VTE.

Some clinicians might consider screening those women with a family history of VTE, particularly if the problem affected a first-degree relative at a young age but some studies show that family history of VTE is a poor discriminator of those with underlying coagulation problems.

In case of deciding to screen women with a family history of VTE the study should include testing for Deficiency of antithrombin, protein C or protein S, Factor V Leiden, Prothrombin G20210A mutation and Antiphospholipid antibodies. Nevertheless, WHO consider a family history of VTE as a condition 2 (the benefits are higher than the risks) for combined hormonal contraception, being category 4 for known thrombogenic mutations.

Conclusions:

- Women and their doctors might be aware the use of CHCs increases the risk of experiencing a VTE
- The risk of VTE is higher in those women using COCs and having and inherited coagulation defect
- The overall risk of VTE among COCs users is lower than the risk of VTE among pregnant women
- A family history of VTE could help to identify those women at a high risk of VTE
- Testing for thrombophilia could be appropriate in this last group of women

Dr.ª Ana Rosa Costa

Interações medicamentosas e impacto na eficácia da contraceção: Antiepiléticos

Apresentada esta manhã, durante a sessão «Interações e impacto na eficácia da contraceção», a Dr.ª Ana Rosa Costa resume no texto abaixo, a sua intervenção acerca dos antiepiléticos.

A epilepsia é a doença neurológica mais frequente em todo o mundo afectando um elevado número de mulheres em idade reprodutiva.

As flutuações naturais dos níveis hormonais no ciclo menstrual podem influenciar o padrão convulsivo. A progesterona é um anticonvulsivante natural, por outro lado os estrogénios atuam como pró-convulsivantes no hipocampo.

Alguns antiepiléticos são potencialmente teratogénicos aumentando o risco de anomalias congénitas majoritárias em caso de gravidez não planeada. Os antiepiléticos indutores do citocromo P 450 pelo aumento do metabolismo dos contraceptivos hormonais podem afectar a sua eficácia contraceptiva.

Em 1850 foi utilizado pela primeira vez o bromídeo como antiepilético, a partir dos anos 90 surgiram novos anticonvulsivantes com melhor tolerabilidade, boa eficácia, poucos efeitos tóxicos, sem efeitos teratogénicos e sem necessidade de monitorização dos níveis séricos. Contudo estes fármacos podem interferir com o metabolismo dos contraceptivos.

-Antiepiléticos que diminuem os níveis séricos dos esteroides contraceptivos: fenobarbital, primidona; carbamazepina e oxacarbazepina, felbamato, fenitoína, vigatrin, topiramato (doses superiores a 200 mg/d).

-Antiepiléticos que não diminuem os níveis de contraceptivos: etosuximida, gabapentina, lamotigrina, levetiracetam, tiagabina, ácido-valpróico, zonisamida.



Dr.ª Ana Rosa Costa

Segundo WHO-MEC 2009 e CDC-US-MEC 2016:

- a contraceção hormonal combinada e só com progestativo é categoria 1, mas deve-se escolher um contraceptivo com pelo menos 30 mcg de etinilestradiol em mulheres a tomar anticonvulsivantes que reduzam os níveis séricos dos esteroides contraceptivos;

- é aconselhável o uso contínuo de CHC com maior dose de progestativo para atingir supressão contínua da secreção de gonadotrofinas;

- mulheres com epilepsia instável podem beneficiar de altas doses de progestativo pelo efeito anticonvulsivante.

I MOMENTOS



Fernanda Águas



Dr.ª Amália Pacheco

Especialização em saúde sexual e reprodutiva em Portugal

A Dr.ª Amália Pacheco, especialista em ginecologia e obstetria, assistente graduada no Centro Hospitalar do Algarve, em Faro, resume a sua comunicação apresentada hoje, subordinada ao tema «Especialização em saúde sexual e reprodutiva em Portugal»



Dr.ª Amália Pacheco

Ao analisarmos e refletirmos sobre o percurso desenvolvido até à data de hoje, constatamos que é necessário ir mais além. A investigação e atualização através de uma formação sólida baseada em padrões de qualidade terão impacto no profissional de saúde e no bem-estar e segurança dos pacientes.

Portugal tem na área da saúde materna e infantil, indicadores invejáveis quando nos comparamos com outros países, nomeadamente os mais ricos da Europa e do mundo. Somos detentores das mais baixas taxas de mortalidade infantil a nível mundial, e somos o segundo país do mundo com maior consumo de contraceptivos, a seguir à Noruega.

Recentemente, a Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) desenvolveu um trabalho sobre a formação pós-graduada no âmbito da Saúde Sexual e Reprodutiva.

Este estudo incluiu a avaliação da situação formativa em Saúde Sexual e Reprodutiva dos Internos da Especialidade de Ginecologia e Obstetria e dos Especialistas.

Da análise efetuada, 50% dos especialistas indicam como sua área de interesse o planeamento familiar. Porém, 20% dos inquiridos não tiveram formação nesta área, e 47% têm mais de 50 anos de idade. Este inquérito permitiu-nos acima de tudo verificar que para além da formação já realizada, os inquiridos estão disponíveis e motivados para uma formação eficaz e mais consolidada.

Relativamente aos Internos inquiridos 81% já fez estágio de planeamento familiar, 30% refere que a sua permanência na consulta de planeamento familiar não foi adequada, por ausência de consulta ou por necessidade de mais atos, 71% considera que o conhecimento teórico que tem adquirido na área de Saúde Sexual e Reprodutiva foi/é adequado e 96% indica que a formação que tem nesta área foi adquirida através de estudo individual.

Ainda em 2016 os estudos indicam-nos que a gravidez não planeada resulta sobretudo do uso não adequado da contraceção. Atualmente na área da saúde sexual e reprodutiva a decisão partilhada é o caminho para garantir o uso efetivo e continuado de um

método de contraceção.

Neste sentido é fundamental sedimentar práticas em que a investigação e intervenção, junto dos profissionais de saúde, possam realçar a importância do aconselhamento /informação e da decisão partilhada no método de contraceção, o qual não se encontra incluído na formação médica, de forma explícita e sólida, dando especial enfoque às necessidades contraceptivas nos grupos populacionais mais vulneráveis, em especial, nos adolescentes e nas mulheres portadoras de doenças.

A formação e atualização são fundamentais, na medida em que só com uma formação e preparação eficazes e de qualidade se pode chegar à população, trabalhando e estudando formas de obter e assegurar resultados que potenciem a saúde sexual vivenciada em pleno na comunidade.

É necessário potenciar a responsabilidade na população, investindo simultaneamente na preparação dos profissionais de saúde que atuam nesta área.

I MOMENTOS



Dr.ª Teresa Bombas

Presidente da Sociedade Portuguesa de Contraceção

Apresentado na 6ª Reunião Nacional da Sociedade Portuguesa de Contraceção (SPDC), em Coimbra, o tema Consensos sobre Contraceção: 2016, têm - na opinião da Dr.ª Teresa Bombas e face aos anteriores datados de 2011 - «muitas mudanças». Desde a última edição dos Consensos, «apareceram novas formulações de contraceptivos hormonais e esclareceram-se algumas dúvidas relacionadas com os contraceptivos em comercialização e com a segurança dos contraceptivos hormonais, em algumas situações de coexistência de doenças».

MOMENTOS



Dr.ª Teresa Bombas

Consensos sobre contraceção 2016: que atualização?

«Na contraceção hormonal foi otimizada a investigação relacionada com o uso dos estrogénios naturais, apareceu um novo sistema transdérmico no mercado, uma nova aplicação para o anel vaginal e implante contraceptivo e um novo sistema intrauterino hormonal».

É com esta frase que a Dr.ª Teresa Bombas, presidente da SPDC, analisa as mudanças entre os antigos consensos em contraceção e os apresentados hoje durante a 6ª reunião da Sociedade. Na prática «há mais opções e, assim, contribui-se para escolhas mais seguras e individualizadas, melhorando a adesão e contribuindo para a diminuição do risco de uma gravidez não planeada, melhorando a qualidade de vida da mulher», acrescenta a ginecologista.

Apareceu um novo sistema transdérmico no mercado, uma nova aplicação para o anel vaginal e implante contraceptivo e um novo sistema intrauterino hormonal

«Também a contraceção de emergência foi otimizada - refere a médica especialista em ginecologia e obstetrícia - com a divulgação de um novo contraceptivo hormonal mais seguro».

Em jeito de resumo sobre a apresentação de hoje, na 6ª Reunião Nacional da SPDC, a Dr.ª Teresa Bombas conclui que «globalmente, aumentaram as opções e, sobretudo, tem vindo a modificar-se o nosso entendimento sobre a segurança da contraceção hormonal e a importância de promovermos outras vias de utilização de contraceção, para além da via oral».

Dr.ª Teresa Bombas

Contraceção masculina, onde estamos?

Moderada pela Dr.ª Amália Pacheco, a mesa subordinada ao tema Contraceção Masculina- Onde estamos? Decorre no final do dia de hoje. A palestrante, Dr.ª Teresa Bombas, resume a sua comunicação no texto abaixo.



Dr.ª Teresa Bombas

A contraceção masculina é uma realidade envolvida em muitos mitos. A investigação em contraceção feminina tem sido enorme. De tal forma que, hoje, temos no mercado métodos muito eficazes, seguros e reversíveis, que contribuem não só para a contraceção, mas que permitem aos casais escolher o número de filhos que querem ter, e a melhor altura das suas vidas para os terem. Esses métodos, contribuem eficazmente para a melhoria da qualidade de vida das mulheres e, simultaneamente, para o controlo e tratamento de algumas doenças. Por todo este investimento feito, com ótimos resultados, pode colocar-se a questão: porquê investir na investigação em contraceção masculina?

São várias as razões que podemos encontrar para manter a noção da importância em inovar na contraceção masculina.

Os métodos masculinos que temos são pouco seguros, como é o caso do coito interrompido, por exemplo. O preservativo é o único método que permite fazer a contraceção e, ao mesmo tempo, proteger de uma doença sexualmente transmissível. A sua utilização está envolta em muitos mitos, que tornam difícil a sua aceitação em alguns grupos masculinos.

Todos conhecemos as histórias ligadas ao uso do preservativo e à consequente diminuição do prazer, alterando o desempenho sexual.

A vasectomia, é por outro lado, um método muito pouco popular entre nós por razões de ordem mítica, sobretudo relacionados com o comprometimento do desempenho sexual.

Não obstante, a investigação na contraceção hormonal masculina parece ser promissora, e mantém o compromisso entre segurança, eficácia e reversibilidade.



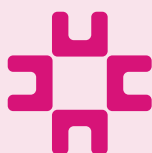
I MOMENTOS



Fundação Bissaya Barreto

COIMBRA

23/24
SET2016



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEPÇÃO

a liberdade é uma questão de método

6^a REUNIÃO
NACIONAL
Sociedade Portuguesa da Contraceção