

CONTRACEÇÃO

DISTRIBUIÇÃO GRATUITA

28 E 29 DE SETEMBRO DE 2012

CONTRACEÇÃO:
Que progressos?

ANTICONCEPCION:
Que avances?

3ª REUNIÃO NACIONAL
da Sociedade Portuguesa da Contraceção

1º ENCONTRO LUSO-ESPANHOL
de Contraceção



Bayer HealthCare

tecnifar
FARMACEUTICA



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO

M Public
Relations

Adicionando uma nova dimensão à colocação de Mirena®



Mirena® já está na posição horizontal

Colocação simplificada no tubo de inserção, empurrando o deslizador até à posição mais avançada

Escala de dupla face, em centímetros

Os fios estão dentro do cabo do dispositivo de inserção

Forma mais ergonómica do deslizador e cabo

O Mirena® EvoInserter™

- Colocação simplificada no tubo de inserção, empurrando o deslizador até à posição mais avançada
- Pré-carregado na embalagem - Mirena® já na posição horizontal correta
- Não é necessário manusear os fios
- Novo design de cabo e deslizador - mais ergonómico
- Escala de dupla face em centímetros

 **Mirena®**
Confiança contínua

Nome do medicamento: Mirena, 20 microgramas/24 horas, dispositivo de libertação intra-uterino (DIU). **Composição:** Cada DIU: 52 mg de levonorgestrel. Taxa de libertação inicial: 20 microgramas/24 horas. **Indicações terapêuticas:** Contraceção. Menorragia idiopática. **Posologia e modo de administração:** Inserção na cavidade uterina. Eficaz durante 5 anos. Taxa de falha: cerca de 0,2% em 1 ano; Taxa de falha cumulativa: cerca de 0,7% em 5 anos. Inserção e remoção/substituição (Em mulheres em idade fértil: inserção na cavidade uterina dentro de 7 dias após o início da menstruação. Inserções pós-parto devem ser adiadas até útero involuto, no entanto, não deve ser efectuadas mais cedo do que 6 semanas após o parto. No caso de uma inserção difícil e/ou dor anormal ou hemorragia durante ou após inserção, devem ser efectuados exames para excluir perfuração. Mirena só deve ser inserido por profissionais de saúde com experiência/treino. Remoção: puxa-se delicadamente os fios com uma pinça de Pozzi. O dispositivo deve ser removido passados 5 anos, podendo ser inserido um novo na mesma altura. Se não se deseja uma gravidez, a remoção deve ser efectuada durante a menstruação). Após a remoção de Mirena, o dispositivo deverá ser verificado como estando intacto. Durante remoções difíceis, têm sido relatados casos isolados de deslize do cilindro de hormona sobre os braços horizontais e de ocultação dos mesmos dentro do cilindro. Esta situação não requer intervenção adicional, desde que se assegure que o DIU está completo. **Contra-indicações:** Gravidez; Doença inflamatória pélvica, Infecção do tracto genital inferior, Endometrite pós-parto; Aborto com infecção nos últimos 3 meses; Cervicite; Displasia cervical; Doença maligna uterina ou cervical; Tumores progestagénio-dependentes; Hemorragia uterina anómala não diagnosticada; Anomalia uterina, incluindo fibromas que deformem a cavidade uterina; Susceptibilidade aumentada às infecções; Doença hepática aguda ou tumor hepático; Hipersensibilidade. **Advertências:**

Mirena pode ser aplicado com cuidado após consulta, ou deve ser ponderada a sua remoção se existirem/surgirem: sintomas de isquémia cerebral transitória; cefaleia muito intensa; icterícia; aumento acentuado da pressão sanguínea; doença arterial grave. Sintomas ou sinais de trombose. Baixas doses de levonorgestrel podem afectar a tolerância à glucose. Perdas hemorrágicas irregulares podem mascarar sintomas/sinais de pólipos endometriais ou cancro. Exame/consulta médica (Antes da inserção, a mulher deve ser informada sobre Mirena e examinada fisicamente, não esquecendo esfregaço cervical. Deve-se excluir a gravidez e as DSTs; tratar as infecções genitais; determinar a posição do útero e a dimensão da cavidade uterina. Esta intervenção pode desencadear um desmaio ou uma convulsão numa doente epiléptica. A mulher deve ser reexaminada periodicamente. Excluir patologia endometrial antes da inserção de Mirena). Oligo/amenorreia (Em mulheres em idade fértil, a oligomenorreia e/ou amenorreia desenvolve-se em cerca de 20% das utilizadoras. Possibilidade de gravidez deve ser considerada se a menstruação não ocorrer durante as 6 semanas após o início da menstruação anterior), Infecção pélvica, Expulsão, Perfuração, Gravidez ectópica, Fios desaparecidos, Atrésia folicular tardia. **Interações:** fenobarbital, fenitoína, carbamazepina, rifampicina, rifabutina, nevirapina, efavirenz. **Efeitos indesejáveis:** Depressão de humor; Nervosismo; Libido reduzida; Dor de cabeça, abdominal, nas costas, pélvica; Náuseas; Acne; Dismenorreia, Corrimento vaginal; Vulvovaginite; Sensibilidade e dor mamária; DIU expelido; Aumento de peso. Data da revisão do texto: Fevereiro de 2011, Medicamento Sujeito a Receita Médica. Regime de comparticipação: 69%. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado: BAYER PORTUGAL, S.A., Rua Quinta do Pinheiro, nº 5 2794-003, CARNAXIDE, NIF 500 043 256

CONTRACEÇÃO: QUE PROGRESSOS?

A 3.ª Reunião Nacional da SPDC/1.º Encontro Luso-Espanhol de Contraceção tem como tema «Contraceção: que progressos?». Estes progressos não correspondem somente à criação de novas moléculas hormonais ou novas vias de administração dos métodos contraceptivos, novos critérios de utilização dos mesmos devido à redução do risco do seu uso e ainda aos mais recentes desafios colocados pela possibilidade da Contraceção de Emergência (CE) e da IVG, numa fase inicial da gravidez – são outras razões que nos levaram a adotar o tema atrás referido.

Podemos considerar que as mulheres estão mais conscientes acerca da utilização dos métodos contraceptivos mas, entre o conhecimento e a prática correta, vai uma grande distância, cabendo também aos especialistas envolvidos nesta área da saúde insistir na divulgação dos conhecimentos. Este caminho passa pela promoção precoce dos diferentes métodos contraceptivos e pelo acompanhamento das mulheres no seu processo de escolha das soluções mais adequadas.

Por outro lado, estes progressos são indissociáveis das condições sociais, da cultura, hábitos e tradições que constituem fatores importantes para as nossas escolhas e decisões. Mesmo em pleno século XXI, e tendo em conta as fragilidades do mundo atual, o regresso de conceitos do passado e de resistências à liberdade de escolha da contraceção são possibilidades que não podem ser ignoradas, pelo que as devemos debater. A avaliação dos serviços de saúde será discutida com o intuito de identificar eventuais dificuldades no acesso aos cuidados

SEXUALIDADE E CONTRACEÇÃO NA DEFICIÊNCIA

Esta mesa redonda tem como objetivo abordar o tema da Sexualidade na Deficiência Mental, já que se reveste de algumas particularidades em relação aos outros tipos de deficiência – e porque, de facto, é a mais prevalente.

Ao abordar o tema Sexualidade na Deficiência falamos de quê? O despertar da sexualidade no cidadão com deficiência não é diferente daquela que ocorre no cidadão sem deficiência. A diferença está na falta de controlo dos impulsos, na ausência de filtro hipotalâmico e na reação dos cuidadores e da sociedade em geral.

A atitude do cuidador perante este tema é na maior parte das vezes conservadora mas também pode ser liberal, criando uma imagem que pode ir desde anjos assexuados a demónios difíceis de controlar.

Então qual a melhor atitude?

A educação sexual é a chave fundamental para ter êxito. Para quando a educação sexual? Para quem? De que forma? Vários especialistas se debruçaram sobre o tema e têm sido apresentados diversos trabalhos que têm servido para ajudar a criar normas de conduta que poderão revelar-se de extrema importância, para quem trabalha nesta área.

É importante realçar que, tal como na pessoa sem deficiência – ou talvez mais, já que se trata de uma população mais vul-



Dr. David Rebelo
Presidente da Sociedade
Portuguesa da Contraceção

vacionados para a área da contraceção, a qualidade do atendimento, a disponibilidade dos vários métodos contraceptivos e ainda o tipo de resposta aos novos pedidos que podem ser apresentados relativos a CE e IVG.

Assim, podemos afirmar que o programa desta Reunião foi estruturado de acordo com as preocupações e as necessidades atuais, procurando envolver ativamente os participantes na partilha de conhecimentos, experiências e práticas. Devemos realçar o importante contributo que os nossos colegas espanhóis darão a todos estes debates. Em suma, os progressos não estão apenas no aparecimento de novas moléculas, mas também no despertar de consciências e na mudança de atitudes e comportamentos, capazes de conduzir a uma contraceção mais eficaz, segura e responsável. Importa, por fim, salientar o envolvimento da *Sociedad Española de Contracepción (SEC)*, da *Confederación Ibero-Americana de Contracepción (CIC)* e da *Federación Española de Contracepción (FEC)* que, juntamente com a SPDC, uniram sinergias para organizar este evento.

O patrocínio científico da Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia (FSPOG) e da *European Society of Contraception and Human Reproductive Health (ESC)* constitui um importante contributo para a sua dignificação. Fazemos votos para que este encontro corresponda às expectativas de todos.

Dr.ª Fernanda Gerales

Assistente Hospitalar Graduada do Serviço
de Ginecologia/Obstetrícia da Maternidade
Bissaya Barreto, CHUC, Coimbra

nerável –, há que ter em conta as consequências da sexualidade no que diz respeito às DST e à gravidez indesejada.

Conscientes desta problemática, e para poder dar resposta a todas estas questões, foi criada a Consulta de Ginecologia e Neurodesenvolvimento na MBB, em 1990. Trata-se de uma consulta destinada a jovens com deficiência, na sua maioria cognitiva mas também motora, referenciadas predominantemente do Hospital Pediátrico de Coimbra, do Centro de Paralisia Cerebral, das diversas APPACDM da zona Centro e de outras zonas do país e de várias instituições sociais.

Nesta consulta, está patente a preocupação de instituir uma contraceção eficaz que não interfira com a patologia de base destas jovens, e também a necessidade de respeitar as interações medicamentosas. Para além da contraceção, a patologia ginecológica é também um dos motivos de consulta, já que é bastante frequente neste grupo, nomeadamente as alterações do ciclo, sinais clínicos de hiperandrogenismo, hiperprolactinémia, infeções genitais, entre outros.

Há também uma vertente de educação destinada à jovem com deficiência mas também aos seus cuidadores no que diz respeito a hábitos de higiene e de vida saudável, que irão interferir de forma benéfica na prevenção de alguma patologia prevalente nesta população, como sejam as infeções genitais, a obesidade, as dislipidémias, entre outras.

PREVENÇÃO NO FEMININO



Dr.ª Maria do Céu Almeida

Diretora do Serviço de Obstetria da Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE

A prevenção é uma componente fundamental da atuação de qualquer ginecologista/obstetra, englobando o rastreio e o aconselhamento de uma larga variedade de atitudes e comportamentos em saúde.

As recomendações de atuação médica, na área da prevenção, são dirigidas às principais causas de morbilidade e mortalidade nas diferentes fases da vida da mulher, mas só há muito poucos anos começou a ser conhecida e investigada a patologia associada ao género. É importante falar dos novos paradigmas – social, familiar, pessoal e, em última análise, civilizacional –, porque implicam diferentes morbilidades e novas abordagens preventivas.

As mulheres, em Portugal, estão em maioria (52,2%), o que corresponde a cerca de 5,5 milhões, sendo esta maioria mais acentuada a partir 50 anos. Predominam no ensino secundário e universitário. Nos últimos trinta anos, aumentou o número de mulheres diplomadas e com doutoramento e a sua participação no mercado de trabalho (55%), sendo esta participação das mais elevadas no contexto da União Europeia. A idade média da maternidade aumentou (30,9 anos em 2011), a faixa etária onde ocorrem mais partos deslocou-se dos 20-24 anos para os 30-34 anos, 20% dos partos ocorreram em mulheres com 35 ou mais anos, em 2011.

A mulher portuguesa tem menos filhos (em média 1,36 filhos) e 43% dos nascimentos ocorrem fora do casamento, principalmente de progenitores em regime de coabitação. O núcleo familiar monoparental duplicou em 20 anos em Portugal, sobretudo o feminino. As mulheres representam 64% da população portuguesa que vive só, com o aumento a verificar-se em todas as faixas etárias. O casamento, quando ocorre, é mais tardio (29,5 anos na mulher) e cerca de 69% destes resultam em divórcio.

O envelhecimento populacional é mais acentuado nas mulheres. A esperança média de vida aumentou 8 anos nos últimos 30

anos, sendo atualmente de 82 anos para a mulher portuguesa. Segundo o 4.º Inquérito Nacional de Saúde, a mulher é mais pessimista em relação ao seu estado de saúde. Um estado de saúde “muito bom ou bom” é menos referido pela mulher, em provável relação com a prevalência mais elevada da depressão e da dor crónica na mulher, tal como a HTA, a doença reumática e osteoporose.

“A idade média da maternidade aumentou (30,9 anos em 2011), a faixa etária onde ocorrem mais partos deslocou-se dos 20-24 anos para os 30-34 anos, 20% dos partos ocorreram em mulheres com 35 ou mais anos, em 2011.”

O excesso de peso, a obesidade e a diabetes são problemas atuais, que envolvem os dois géneros, as doenças da tiróide de domínio feminino. As doenças cardiovascular, após os 65 anos, são a principal causa de morte na mulher e a patologia tumoral maligna é a principal causa de morte entre os 20 e 65 anos e a segunda entre os 65 e 84 anos. Dos tumores no feminino, 45% correspondem ao da mama e do aparelho genital.

As grandes áreas da prevenção são as doenças cardiovasculares e tumores ginecológicos e, por excelência, a área da saúde sexual e reprodutiva nas suas várias vertentes do aconselhamento contraceutivo, pré-concepcional e pré-natal. O aconselhamento contraceutivo permite não só a prevenção da gravidez não desejada e das DST, mas contribui para a prevenção da doença pelos múltiplos benefícios não contraceutivos dos anticoncepcionais desde que adequados a cada mulher.

WORKSHOPS EM CONTRACEÇÃO DE LONGA DURAÇÃO

A Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC), durante este ano de 2012, tem vindo a organizar um ciclo de workshops formativos no âmbito da contraceção. Esta formação destina-se a internos da especialidade de Ginecologia e Obstetria e de Medicina Geral e Familiar e enfermeiros a trabalhar a área do Planeamento Familiar, decorrendo no Porto, Coimbra, Lisboa e Faro para grupos de 25 formandos.

Foram delineados três workshops subordinados aos temas: “Controvérsias em contraceção hormonal”; “Contraceção de longa duração (LARC)” e “Contraceção em doentes crónicas”.

O primeiro – Controvérsias em contraceção hormonal – já teve lugar e, agora no mês de outubro, irá decorrer, com o apoio da Bayer, o workshop formativo dedicado ao tema “Contraceção de longa duração (LARC)”, nas seguintes datas e locais:

Coimbra: Biblioteca da Maternidade Bissaya Barreto, CHUC
26 de outubro de 2012; às 15 horas

Lisboa: Anfiteatro da Maternidade Alfredo da Costa
26 de outubro de 2012; às 15 horas

Porto: Hospital de Alfena
27 de outubro de 2012; às 15 horas

Faro: Auditório da Câmara Municipal de Loulé
27 de outubro de 2012; às 15 horas

No meses de novembro e dezembro, decorre o workshop subordinado ao tema “Contraceção em doentes crónicas”.

CONTRACEÇÃO HORMONAL: QUAIS OS RISCOS?

Dr. Joaquim Neves,
Especialista do Serviço de
Obstetria e Ginecologia do
Hospital de Santa Maria-CHLN, EPE

O primeiro dia da Reunião Nacional da SPDC/1.º Encontro Luso-Espanhol de Contraceção ficou marcado por uma mesa redonda dedicada à «Segurança na contraceção hormonal». O Dr. Joaquim Neves foi um dos convidados, tendo-se focado nos «Riscos cardiovasculares e metabólicos da contraceção hormonal».

De acordo com o especialista do Serviço de Obstetria e Ginecologia do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE, «a contraceção hormonal proporciona mais efeitos benéficos para a saúde global das mulheres do que eventuais riscos. Reparemos que a gravidez, mesmo sem intercorrência, possui maior significado em termos de risco cardiovasculares do que a contraceção hormonal. Os profissionais de saúde devem ter as informações mais básicas sobre a existência de condições clínicas ou fatores de risco, quando equacionam a proposta de uma contraceção hormonal».

O Dr. Joaquim Neves acrescenta que «o tromboembolismo venoso (TEV) e o tromboembolismo arterial (TEA), nas diferentes localizações, são as complicações mais graves. O TEV pode ser mais frequente, comparativamente ao TEA, mas sem dúvida

que acarreta menos risco de mortalidade, devendo-se ter em conta que a presença de fatores de risco influencia substancialmente estas complicações».

Quanto aos fatores que eventualmente possam potenciar esses riscos, o especialista adianta que, na anamnese, «existe a necessidade da utente incluir investigação sobre a idade, a história pessoal, a história familiar de primeiro grau, a história obstétrica, os hábitos tabágicos, a presença de enxaquecas, o índice de massa corporal e o perímetro de cintura/anca, assim como os valores da pressão arterial».

Em declarações à margem da mesa redonda, o Dr. Joaquim Neves relembra o trabalho efetuado em 2012, por *P. Hannaford e colaboradores*, que envolveu 46.112 mulheres do Reino Unido. Os resultados indicaram que «o índice global de saúde durante 39 anos, e em mulheres que fizeram contraceção hormonal e não utilizaram contraceção hormonal, foi sobreponível. Atualmente, estão disponíveis formulações contraceptivas com melhor perfil bioquímico de segurança e a tolerabilidade deve ser ponderada com a presença ou não de fatores de risco», conclui o orador.

EM FOCO...

Dr. Daniel Pereira da Silva, Diretor do Serviço de Ginecologia do IPO de Coimbra



Jornal da Contraceção (JC) – Haverá um risco oncológico na contraceção? Dr. Daniel Pereira da Silva (DPS)

– A OMS classifica os contraceptivos hormonais como substâncias suscetíveis de aumentar o risco de alguns tumores. Talvez não haja na história da medicina, fármacos mais estudados que os contraceptivos orais. Ainda bem que assim é, mas não tem paralelo com milhares de outras drogas que usamos diariamente e para as quais não temos a mesma atenção.

JC – Em que situações poderemos determinar esse risco?

DPS – No cancro da mama fundam-se, sem dúvida, os principais receios. É uma ameaça sempre presente para as mulheres, atendendo ao número crescente de casos. A maior parte dos fatores de risco estão na esfera do ambiente endócrino da mulher e o risco da pílula tem, nesse contexto, uma dimensão exagerada. O risco induzido pela idade precoce da menarca ou de cada ano acima dos 50 da menopausa são mais significativos e o mesmo se pode dizer para a idade tardia da 1.ª gestação e a não amamentação. O risco é mais significativo para as mulheres até aos 35 anos, que iniciaram a toma da pílula antes dos 20. Há que ter uma atenção particular a essas mulheres. É importante frisar que há situações em que temos de iniciar a pílula antes dos 20 anos para controlar não só a gravidez indesejada, mas certos distúrbios endócrinos. Nessas situações, os benefícios da pílula são muito superiores aos riscos.

JC – E para além do cancro da mama?

DPS – No colo do útero há cada vez mais evidência que os estrogénios facilitam a ação do HPV de alto risco, o que pode justificar a maior incidência de carcinoma in situ e invasivo para as

mulheres que tomam a pílula por mais de 5 anos. Há igualmente algum impacto, mas sem relevância, nos melanomas. Note-se que a pílula reduz significativamente, e de forma sustentada em função do tempo de uso, o risco do cancro da mama e do endométrio. Para os outros tumores, de uma forma geral, não há nenhuma associação.

JC – As mulheres apresentam ainda alguns receios em relação ao uso prolongado de contraceção?

DPS – Na minha prática clínica, esse receio está mais esbatido. Alguns estudos portugueses vão no mesmo sentido. Para o cancro do ovário e do endométrio quanto mais longa for a toma maior é o benefício e para o cancro da mama não se demonstrou associação entre o tempo de uso e o risco. Desde que a pílula seja bem tolerada e não estejam presentes contraindicações e fatores de risco para tromboembolismo, a mulher pode tomar o contraceptivo pelo tempo que quiser. Não há benefício nas pausas, salvo quando quer engravidar. Note-se que nas fumadoras, hipertensas, diabética, antecedentes tromboembólicos o DIU tem menos riscos do que a pílula.

JC – E quando surge o inverso, isto é, há um risco no uso de contraceção quando a existência de doença oncológica?

DPS – É um problema delicado que deve merecer a nossa atenção. Quando a mulher é colocada perante a ameaça de um cancro nada mais tem sentido para ela. A vida fica reduzida à doença e respetiva ameaça. Respeitada essa reserva, o médico não pode deixar de ter uma visão mais abrangente e deve abordar, com o devido cuidado, a questão da sexualidade e necessidade de contraceção. O preservativo masculino é sempre uma opção, mas com exceção dos tumores hormonodependentes onde damos preferência ao DIU ou mesmo à esterilização, na maior parte dos casos a pílula não está contraindicada.

ACONSELHAMENTO EM MENORES



Dr.ª Filomena Sousa
Especialista em Ginecologia/Obstetrícia
do Hospital de D. Estefânia, Centro
Hospitalar de Lisboa Central, EPE

A lei portuguesa é omissa no que respeita à existência de um limite de idade a partir do qual não é necessário consentimento dos pais/tutores legais para instituir um método contraceutivo, e reforça, várias vezes, a importância de facilitar o acesso dos adolescentes aos métodos contraceutivos.

Temos, portanto, uma legislação que favorece o fornecimento de contraceutivos (incluindo a contraceção de emergência) a todas as pessoas em idade fértil, independentemente da idade cronológica:

- Lei 3/84 (artigo 5.º, n.º 1) e Portaria n.º 52/85 (artigo 5.º, n.º 2) – Garantem o acesso às consultas de planeamento familiar a todos os jovens em idade fértil, sem quaisquer restrições;
- Lei n.º 12/2001 (artigo 3.º, n.º 1) – Garante o recurso atempado à contraceção de emergência, reforçando a prevenção da gravidez não desejada, nomeadamente na adolescência.

A lei é também bem explícita no que respeita ao dever de sigilo e confidencialidade acerca do conteúdo da consulta de planeamento familiar, pelo que não podemos nem devemos dar informações aos pais/tutores legais, sem consentimento do adolescente:

- Portaria n.º 52/85 (artigo 10.º) – Regulamenta o dever de sigilo profissional.

Existe ainda legislação que reforça o direito à saúde reprodutiva

e que determina que os jovens podem ser atendidos em qualquer consulta de planeamento familiar, ainda que em centro de saúde ou serviço hospitalar que não seja da área da sua residência (artigo 5.º do Capítulo III da Lei n.º 120/99).

As situações que implicam autorização de um adulto responsável são os pedidos de interrupção de gravidez em menores de 16 anos (n.º 5 do artigo 1.º da Lei 16/2007) e a opção por um método contraceutivo irreversível (artigo 10.º da Lei n.º 3/84).

Se tomarmos conhecimento de uma situação de abuso ou violência sexual, então temos o dever de denunciar por ser considerado um crime público. Nesta situação, o senso clínico é fundamental.

Uma outra situação especial em que o sigilo pode ser quebrado é quando se diagnostica uma doença sexualmente transmissível de declaração obrigatória (sífilis, gonorreia e HIV), que, como o nome indica, implica a informação autoridade de saúde local. (Portaria n.º 1071/98).

Quando se justifica a utilização de um método contraceutivo, temos que ter em conta a capacidade do jovem de perceber o aconselhamento que lhe é feito e de usar corretamente o método prescrito. O método aconselhado deve ser acessível, fácil de usar, com um mínimo de efeitos secundários e sem consequências nefastas para a saúde à luz do conhecimento científico atual.

ONTEM, HOJE E AMANHÃ

Dr.ª Teresa Sousa Fernandes
Assistente Graduada de Obstetrícia, Maternidade Daniel de Matos, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

Ontem, na década de 70, altura em que iniciei o meu internato de Obstetrícia na Maternidade Daniel de Matos, contactei com fome (internei para comerem), patologias graves (mortes maternas por hemorragias e infeções), multiparidade (seis, sete filhos com quatro, cinco abortos clandestinos pelo meio), entre outros incidentes. Contraceutivos orais... só com receita médica e doença declarada. Coito interrompido e «contas» resultavam muito mal.

Apelava-se ao uso de preservativo para prevenir sífilis, doença da moda então. Através de revistas femininas estrangeiras, que chegavam a Portugal tarde e mal, quando chegavam, passavam a conhecer-se espermicidas, esponjas contraceutivas, dispositivos intrauterinos e pouco mais.

O meu primeiro contacto com esponjas contraceutivas foi precisamente na década de 70, num serviço de urgência da Maternidade Daniel de Matos. Uma puérpera de cerca de dois meses, formação universitária, recorreu por corrimento intenso com cheiro nauseabundo. Pensei, como seria lógico, numa compressa retida na vagina desde o parto. Ao espéculo, visualizei no fundo de saco posterior o que julguei ser a tal compressa e retirei-a com uma pinça para a mesa de suporte ao lado.

A suposta compressa começou a tomar forma paralelepípeda... era, segundo informação da puérpera, uma esponja que as camisas Triple Marfel (à época, na «berra») traziam para limpar mais branco os colarinhos... Serviu de contraceutivo, mas ficou esquecida na vagina os dias suficientes para quase apodrecer.

Noutra ocasião, a pedido duma utente cabo-verdiana que queria engravidar, fui retirar um DIU que lhe tinham colocado uns médicos cubanos, na Guiné Bissau. Visualizados os fios ao espéculo, tracionei para retirar. Qual não foi o meu espanto quando fiquei com cerca de um metro de fio de pesca entre mãos. Na falta de outro DIU, os cubanos faziam os seus próprios, enrolando cerca de um metro de fio em dois dedos, passavam um nó no meio e, no pós-parto imediato, colocavam na cavidade uterina esta engenhoca, que resultava (um DIU inerte artesanal). Modos de vida... Ontem.

Hoje... temos tudo... educação sexual nas escolas, consultas de planeamento nos hospitais e centros de saúde, contraceutivos gratuitos, etc.

Amãhã... dada a crise que se está sentindo, veremos... Tenho fé.

IMPACTO DA DESPENALIZAÇÃO DA INTERRUPTÃO DE GRAVIDEZ EM PORTUGAL



Dr.ª Teresa Bombas
Secretária da Direção da
Sociedade Portuguesa da Contraceção

Em Portugal a interrupção de gravidez a pedido da mulher é legal até as 10 semanas desde Julho de 2007 e depois de realizados dois referendos à população. Desconhecia-se o número de interrupções realizadas antes da Lei 16/2007, estima-se que se realizavam cerca de 20.000 interrupções por ano. Depois da despenalização o número de interrupções nunca ultrapassou este valor e tem-se mantido relativamente estável.

A despenalização do aborto em Portugal tem como principal objetivo promover o aborto seguro. Ao longo dos últimos anos têm sido notificadas menos complicações graves relacionadas com as interrupções de gravidez realizadas fora do quadro legal. De 2001 a 2007 estão registadas 14 mortes maternas relacionadas com o aborto. De 2007 a 2010 apenas uma morte materna está relacionada com o aborto dentro do quadro legal e nenhuma morte materna fora do quadro legal.

Cerca de dois terços das interrupções de gravidez ocorreram em mulheres com idades entre os 20 e os 34 anos. Estas classes etárias são também aquelas em que se registaram o maior número de nascimentos. A distribuição da interrupção de gravidez por grupo etário tem sido constante ao longo dos anos, com diminuição no grupo das adolescentes no último ano. O aborto medicamentoso ocorreu em cerca de 67% das utentes. Em 2011 cerca de 20% das mulheres tinham já realizado uma interrupção de gravidez.

Se compararmos Portugal com outros países da União Europeia verificamos que temos uma das taxas mais baixas de interrupção

de gravidez. Na União Europeia a taxa foi de 226,7 em 2009. Em Portugal em 2009 foram realizadas 196 interrupções de gravidez por 1000 nados vivos enquanto em Espanha foram realizadas 223 e no Reino Unido 255. A Finlândia e os Países Baixos têm taxas abaixo da portuguesa com 175 e 154 interrupções por 1000 nados vivos, respetivamente.

A legalização da interrupção da gravidez também permitiu conhecer melhor a realidade do Planeamento Familiar. No âmbito do Serviço Nacional de Saúde as consultas de Planeamento Familiar e os métodos de contraceção são gratuitos. A legislação portuguesa define que a todas as mulheres que realizem uma interrupção devem ter aconselhamento contracetivo. A percentagem de utilização de contraceção após interrupção é de 94 a 97%, um terço das quais opta por método de longa-duração.

Diminuir as complicações relacionadas com o aborto clandestino foi um dos grandes objetivos da legalização do aborto que foi já alcançado. O receio por parte dos profissionais de saúde e comunidade em geral de que a interrupção de gravidez se torna-se um método de contraceção não se confirmou uma vez que o número de interrupções de gravidez tem-se mantido estável e na maioria das mulheres trata-se da primeira interrupção. A otimização dos recursos que Portugal disponibiliza no âmbito do Planeamento Familiar está longe de ser atingida. Manter a interrupção de gravidez dentro dos valores mais baixos dos países da união europeia, otimizar os recursos que dispomos nomeadamente fomentando a acessibilidade e o aconselhamento contracetivo são as prioridades futuras do trabalho dos profissionais de saúde.

EM FOCO...

Roberto Lertxundi Barañano (SEC)



Jornal da Contraceção (JC) - La reducción de la tasa de incidencia en las mujeres menores de 25 años puede significar que las mujeres prestan más atención a los métodos anticonceptivos, evitando así la interrupción voluntaria del embarazo?

Roberto Barañano (RB) - Es una reducción poco significativa. Puede

influir un mejor uso de los métodos anticonceptivos, y también la facilitación del acceso a la píldora del día después, la anticoncepción de urgencia, que en España se dispensa sin necesidad de prescripción desde setiembre de 2009.

JC - En España, los métodos anticonceptivos son gratuitos? Hay un buen acceso a la consulta de anticoncepción?

RB - No son gratuitos. Algunos tienen una financiación parcial, en torno al 50% del precio habitual, y otros carecen de financiación. Contrasta con la financiación al 100% del aborto. En general, la consulta de anticoncepción tiene buena accesibilidad.

JC - Qué se puede hacer para evitar que las mujeres recurran al

aborto con mayor facilidad que tomar un contracetivo eficaz? Hay campañas para evitar lo embarazo indeseable?

RB - La tasa de aborto en España no es muy alta, es menor que la media europea, solo mejorada por Alemania, Holanda y Portugal. Queda trabajo por hacer, pero el 80% de las parejas en edad fértil utiliza anticonceptivos, si bien el uso tan alto de preservativo masculino pone en cuestión la eficacia de los métodos.

JC - Las mujeres hacen consulta anticonceptiva después de un aborto? Cuál la porcentaje de mujeres que lo hacen?

RB - No tenemos datos fiables. Se han publicado series entre el 30 y el 50%.

JC - Cuál es la edad en el que un mayor número de IVG es?

RB - Por quinquenios, entre 25 y 30 años; seguido del grupo entre 20 y 25 años.

JC - Cuál es la actual situación de IVG en España?

RB - No hay en la actualidad problemas importantes, ni sociales, mediáticos o desde el punto de vista médico o de salud pública. El problema es ideológico, por las presiones de la extrema derecha, con la Iglesia Católica, que el gobierno del PP acepta e incluye en su programa.

NOVOS CONCEITOS NO ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO DOS JOVENS

Dr.^a Maria José Alves

Chefe de Serviço de Ginecologia e Obstetrícia
do Centro Hospitalar Lisboa Central – Pólo
Maternidade Dr. Alfredo da Costa

A informação sobre contraceção é um direito dos jovens, assim como a acessibilidade aos serviços e à aquisição de métodos contraceptivos. A idade jovem não contraindica a utilização de qualquer método contraceptivo. Por isso a escolha deve ser realizada numa base individual.

Os métodos contraceptivos modernos são eficazes e seguros. Mas, tal como noutras situações, algumas questões devem ser ponderadas na utilização da contraceção hormonal. Sendo que o risco tromboembólico deve ser sempre avaliado, assim como as questões relacionadas com o impacto na densidade mineral óssea.

A adesão e continuidade na utilização dos métodos contraceptivos devem ser trabalhadas, através da motivação, da ligação do quotidiano com o ritual imposto por determinado método contraceptivo e também pelo esclarecimento em relação aos efeitos secundários, hipotéticos riscos e benefícios extra-contracetivos.

A necessidade de proteção em relação a uma gravidez não desejada não pode fazer esquecer a necessidade de proteção em relação às infeções sexualmente transmissíveis, razão por que é obrigatório promover a utilização do preservativo (método

duplo), único método contraceptivo que também protege das infeções sexualmente transmissíveis.

Não será só por causa do preservativo que é necessário envolver os rapazes e não apenas as raparigas na decisão sobre como se protegerem de forma a usufruírem de um relacionamento sexual. As questões de género são de relevante importância porque podem interferir na negociação da utilização de um preservativo; pensar nelas pode também revelar violência na relação e permitir discuti-la e interrompê-la.

Questões como a confidencialidade devem ser abordadas e claramente explicitadas, mesmo em circunstâncias em que ela não possa ser preservada. Todo o aconselhamento deve ter em conta a maturidade da adolescente que temos à nossa frente e deve promover a autonomia da jovem. É necessário planear questões práticas que podem comprometer a adesão e bom uso do método contraceptivo, assim como antecipar efeitos secundários que possam ocorrer.

Por fim, a informação sobre a contraceção de emergência deve ser disponibilizada, oralmente e em panfletos a todas as jovens.

ANTICONCEPCIÓN MASCULINA

Dr. Ezequiel F. Pérez Campos

Servicio de Ginecología,
Hospital General de Requena

La anticoncepción, no cabe duda es, o debe ser, cosa de dos. Si hombre y mujer participan del acto que puede ser fecundante, ambos deben participar en evitar que se produzca un embarazo no deseado como resultado de su relación sexual compartida.

Entre la población general femenina existe la creencia generalizada, que se convierte en queja, de que es solo la mujer la que se ocupa de la anticoncepción y pone medios para ella. El inmutable hecho de que es ella quien se queda embarazada puede reforzar esta afirmación, pero no es del todo cierta ni justa.

El hombre, históricamente y también en la actualidad, ha colaborado con un método masculino clásico, de larga evolución y útil, aunque en principio su uso surgió más para “protegerse” de las infecciones de transmisión sexual que para evitar que las mujeres se quedaran embarazadas. El preservativo, tercer método más usado en el mundo, es un claro exponente de anticoncepción masculina. En países como España, el preservativo es el método más usado, con diferencia sobre los demás.

La otra aportación masculina destacada a la anticoncepción la constituye un método quirúrgico y, por tanto, con planteamiento como irreversible. La vasectomía y el preservativo representan un 20% del total mundial de uso de métodos anticonceptivos. La vasectomía, sección quirúrgica de los deferentes, constituye un método de alta eficacia y realización más sencilla que la esterilización femenina mediante ligadura tubárica.

Se han experimentado métodos como el gossypol (aceite de la semilla de algodón), *Tripterygium Wilfordii* (hierba tradicional china) y otros.

La gran asignatura pendiente sigue siendo la anticoncepción hormonal masculina. La utilización de testosterona planteaba problemas de efectos secundarios y la de los gestágenos, con buena inhibición de la espermatogénesis, de falta de erección y deseo sexual. La unión de ambas se ha experimentado con éxito creciente. Razones comerciales frenaron su avance en los últimos años, aunque sigue investigándose en cuanto a eficacia y, sobre todo, posibles efectos secundarios y tolerancia. Actualmente se viene ensayando su administración en forma de gel, mucho más cómoda.

Se ha experimentado también con vacunas y, recientemente (Agosto 2012) se ha publicado un exitoso ensayo en ratones de una molécula (JQ1) que inhibe la acción de una proteína que es esencial para las células espermáticas.

El hombre, por tanto, contribuye a la anticoncepción y, si por fin la experimentación pierde sus tintes machistas, podrá contribuir con nuevos y prometedores métodos. Las características ideales para el anticonceptivo masculino deberán ser: que sea independiente del acto sexual, aceptable para ambos, no interferir con la libido ni potenciar el deseo del varón, sin efectos secundarios a corto o largo plazo, sin impacto en la fertilidad posterior y con efectividad similar a la de los métodos femeninos comparables.

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Por Dr.ª Teresa Bombas
da Sociedade Portuguesa da Contraceção

1

A contraceção de emergência (CE) está disponível em mais de 140 países e em cerca de 50 países sem necessidade de prescrição médica como é o caso de Portugal. Apesar do conhecimento e da facilidade de acesso o efeito do uso de contraceção de emergência na redução da taxa de aborto ainda está por demonstrar.

2

A eficácia da contraceção de emergência é estimada calculando o número de gestações que poderiam ter ocorrido sem o seu uso. Este cálculo apresenta algumas dificuldades e a eficácia da CE está provavelmente sobrestimada.

3

O contraceptivo de emergência usado até aqui tem sido o levonorgestrel tomado oralmente na dose de 1,5 mg até 72h da relação sexual desprotegida. O levonorgestrel atua interferindo na ovulação. No entanto, a inibição da ovulação só ocorre em cerca de 50% dos ciclos menstruais e a sua eficácia é tanto maior quanto mais cedo for tomado.

4

A recente contraceção de emergência, o acetato de ulipristal é um modulador seletivo dos receptores de progesterona é mais eficaz que o levonorgestrel e a sua eficácia mantém-se até 120 horas após a relação sexual de risco. O acetato de ulipristal demonstrou inibir a ovulação e inibir a proliferação endometrial. Os efeitos secundários descritos sugerem que esta nova CE é pelo menos tão tolerável quanto o levonorgestrel. O risco de *spotting* é baixo (cerca de 10%) apenas 1% das mulheres tem hemorragia intermenstrual pelo menos tão abundante como as menstruações regulares. Resultados estes sobreponíveis aos descritos na literatura para o uso do levonorgestrel. Verificou-se com o uso de ulipristal um aumento do ciclo em 3 dias.

5

A nova pílula de emergência necessita de prescrição médica. O uso de levonorgestrel não deverá ser abandonado mas deve ser considerado o uso de acetato de ulipristal em todas as situações de relações sexuais desprotegidas, e sobretudo em situações de mulheres que reconheçam que a relação sexual de risco ocorreu num intervalo de tempo superior a 72 h.



Rua Tierno Galvan, torre 3 - 12º - 1099-036 Lisboa
Tel. 210 330 700 - Fax. 210 330 709
E.mail: grupotecnifar@tecnifar.pt
Linha farmacovigilância: 21 386 09 29
E.mail: farmalerta@tecnifar.pt
www.tecnifar.pt



COMPORTAMENTOS ADITIVOS

E CONTRACEÇÃO

Dr.ª Amália Pacheco
Assistente Graduada de Ginecologia/
Obstetrícia do Hospital de Faro, EPE

A dependência de substâncias psicoativas é definida como uma doença do cérebro, tal como uma doença neurológica ou psiquiátrica. Não é uma falência da vontade ou uma perturbação do carácter ou um vício, mas uma doença médica que pode afetar qualquer pessoa. É uma doença crónica e recidivante que, com frequência, afeta pessoas com outras doenças físicas e mentais.

Não é só determinada por fatores biológicos e genéticos, mas também por fatores psicológicos, sociais, culturais e ambientais, tornando-a numa doença complexa com mecanismos biológicos que afetam o cérebro e a sua capacidade para controlar o uso de substâncias. Novas tecnologias de investigação permitem visualizar e medir alterações na função cerebral desde o nível molecular e celular a alterações em processos cognitivos complexos que ocorrem com o consumo de substâncias a curto e a longo prazo. As doenças de Parkinson, epilepsia e depressão são largamente reconhecidas como sintomas de uma patologia cerebral subjacente.

A cannabis, a cocaína e o ecstasy são as substâncias ilícitas preferencialmente consumidas pelos portugueses (15-64 anos) com prevalências de consumo ao longo da vida (pelo menos uma experiência de consumo na vida) respetivamente na ordem dos 11,7%, 1,9% e 1,3%.

Portugal continua a situar-se, entre os países europeus, com as menores prevalências de consumo de drogas, com exceção da heroína.

A nível mundial, a proporção de adultos que vivem com o VIH in-

fetados devido ao consumo endovenoso é de 5%, embora este valor varie segundo a região. Em 2007, estimava-se que 15,4 milhões de mulheres estavam infetadas com o VIH, a maioria em idade fértil. Como tal, e para diminuir a propagação, há três atitudes a tomar:

- 1 - educar sobre a natureza da doença o seu modo de contágio, sobre a necessidade de evitar múltiplos parceiros sexuais e de diminuir o número de gravidezes não planeadas;
- 2 - facilitar o acesso ao preservativo;
- 3 - tratar outras DST.

Neste grupo de mulheres, a escolha contraceptiva deve ser adequada ao estilo de vida pois este é, geralmente, organizado em função dos consumos. A contraceção deve ser duradoura, desresponsabilizando da toma diária, sendo o aconselhamento importante para a motivação. Sexo seguro é uma medida de implementação prioritária neste grupo de risco. A eficácia dos métodos contraceptivos raramente se compadece com o desleixo e a falta de motivação, situação verificada frequentemente. A contraceção de longa duração é ideal para este grupo de mulheres.

Os critérios de elegibilidade para o uso dos métodos não deve ser esquecido neste grupo pois muitas destas mulheres podem ter patologias associadas, como hepatite C, epilepsia, depressão e VIH.

O desafio na contraceção é um marco importante para que a gravidez neste grupo surja no momento certo!!!

Referências bibliográficas:

Relatório anual. IDT. 2010;
Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, I.P (INSA, IP);
Neurociência do uso e dependência de substâncias psicoativas.

OMS, 2004 – disponível em: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience.pdf ;
U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2010;
Consensos sobre Contraceção 2011. SPG.

CONTRACEÇÃO DE LONGA DURAÇÃO É REVERSÍVEL

Ideal para este grupo de mulheres que pretendem:

- Libertar-se da toma diária da pílula (prioridades alteradas)
- Prevenção da gravidez num período de longo prazo
- Contraceção pós-parto durante o aleitamento (programa de metadona)
- Contraceção imediatamente após aborto

CONTRACEÇÃO CRITÉRIOS DE ELIGIBILIDADE





Qlaira®

em harmonia com o corpo da mulher

Qlaira® para as Mulheres que querem mais do que apenas outro contraceptivo oral

Qlaira® é o primeiro de uma nova classe de contraceptivos orais com estradiol*
A mesma hormona produzida naturalmente pelo organismo feminino

**Qlaira® o único contraceptivo oral aprovado no tratamento
de Hemorragia Menstrual Intensa***

- proporciona uma redução significativa, rápida e sustentada da hemorragia menstrual intensa²
- após 6 meses de tratamento, a perda mediana de sangue menstrual foi diminuída em 88%³

* Em mulheres sem patologia orgânica que desejam contraceção oral

Nome do medicamento: Qlaira. **Composição:** Cada carteira (28 comprimidos) contém, na seguinte ordem: (2 comprimidos amarelo escuros. Cada: 3 mg valerato de estradiol (EV)); (5 comprimidos vermelho médios. Cada: 2 mg EV + 2 mg dienogest (DNG)); (17 comprimidos amarelo claros. Cada: 2 mg EV + 3 mg DNG); (2 comprimidos vermelho escuros. Cada: 1 mg EV); (2 comprimidos brancos: sem substâncias activas). Excipiente: lactose (não mais que 50 mg/comprimido). **Forma farmacéutica:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** Contraceção oral. Tratamento de hemorragia menstrual intensa em mulheres sem patologia orgânica que desejam contraceção oral. **Posologia e modo de administração:** Via de administração oral. Tomar, pela ordem indicada na embalagem, todos os dias à mesma hora, se necessário com um pouco de líquido. Toma contínua. 1 comprimido/dia durante 28 dias consecutivos. Blister subsequente: iniciado no dia seguinte ao último comprimido da carteira anterior. **Contra-indicações:** Trombose venosa actual ou antecedentes; Trombose arterial actual ou antecedentes ou sinais prodromicos; AVC actual ou antecedentes; Presença de graves ou múltiplos factores de risco de trombose venosa/arterial; Predisposição hereditária ou adquirida para a trombose venosa ou arterial; Pancreatite ou antecedente se associados a hipertrigliceridemia grave; Presença ou antecedentes de doença hepática grave desde que os valores da função hepática não tenham regressado ao normal; Presença ou antecedentes de tumores hepáticos; Malignidades influenciadas por esteróides sexuais; Hemorragia vaginal não diagnosticada; Antecedentes de enxaqueca com sintomas neurológicos focais; Hipersensibilidade. **Advertências:** Patologias circulatórias, Tumores, Exama/consulta médica (Efectuar história clínica completa e exame físico antes de iniciar / reinstaurar Qlaira e excluir a hipótese de gravidez. Medir a pressão arterial efectuar exame físico. As mulheres deverão ser informadas de que os contraceptivos orais não protegem contra doenças sexualmente transmissíveis), Eficácia reduzida (A eficácia dos COCs pode diminuir com comprimidos activos esquecidos, perturbações gastrointestinais durante a toma de comprimidos activos ou medicação concomitante), Controlo de ciclo (com todos os COCs podem ocorrer hemorragias irregulares, especialmente durante os 1os meses de utilização. Assim, a avaliação de qualquer hemorragia irregular só tem significado após período de adaptação de cerca de 3 ciclos). **Interações:** feritoina, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina e possivelmente com oxcarbazepina, topiramato, felbamato, medicações VIH (por ex. ritonavir e/ou nevirapina), griseofulvina e hipericão. Antifúngicos azol, cimetidina, verapamil, macrólidos, diltiazem, antidepressivos e sumo de toranja poderão aumentar os níveis plasmáticos de DNG. As falhas contraceptivas foram também relatadas com antibióticos (ex.: penicilinas e tetraciclina). O mecanismo deste efeito não está elucidado. Concentrações no plasma e nos tecidos tanto podem aumentar (por ex. ciclosporina) como diminuir (por ex. lamotrigina). Análises laboratoriais: a utilização de esteróides contraceptivos poderá influenciar os resultados de certos testes laboratoriais. **Efeitos indesejáveis:** Dor de cabeça; Dor abdominal. Náuseas; Acne; Amenorreia. Desconforto mamário. Dismenorreia. Hemorragia intracíclica (Metrorragia); Peso aumentado; Infecção fúngica, Infecção micótica vulvovaginal, Infecção vaginal; Apetite aumentado; Depressão / humor deprimido, Perturbação emocional, Insónia, Libido diminuída, Perturbação mental, Alteração de humor; Tonturas, Enxaqueca; Afrontamento, Hipertensão; Diarreia, Vômitos; Enzimas hepáticas aumentadas; Alopecia, Hiperidrose; Prurido, Erupção cutânea; Espasmos musculares; Intumescência mamária, Massa mamária, Displasia cervical. Hemorragia uterina disfuncional, Dispareunia, Doença da mama fibrocística, Menorragia, Perturbação menstrual, Quisto ovário, Dor pélvica, Síndrome pré-menstrual, Leiomioma uterino, Espasmo uterino, Hemorragia uterina/vaginal, incl. spotting, Corimento vaginal, Secura vulvovaginal; Fadiga, Irritabilidade, Edema; Peso diminuído. Alterações de pressão sanguínea. Data da revisão do texto: Novembro de 2010. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Não Compartilhado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. BAYER PORTUGAL S.A., Rua Quinta do Pinheiro, nº5 2794-003 CARNAXIDE, NIF 500 043 256 **Bibliografia:** 1. Jensen J. Expert Opinion on Pharmacotherapy 2010;11(7):1147-57. 2. Jensen J. et al Obstetrics & Gynecology April 2011;vol 117, No4 : 777-787 3. Resumo das Características do Medicamento Qlaira®



Liberdade
como nunca

- Regime 24/4
- Superior supressão ovárica e menores flutuações hormonais comparativamente ao regime convencional 21/7¹
- Boa compliance - toma contínua²



Nome do medicamento: Yaz 3 mg/0,02 mg comprimidos revestidos por película. **Composição:** 24 comprimidos rosa claros (cada um: 3 mg de drospirenona e 0,020 mg de etinilestradiol - em complexo de β -ciclodextrina; lactose 46 mg) + 4 comprimidos placebo (lactose 50 mg). **Forma farmacéutica:** Comprimido revestido por película. **Indicações terapêuticas:** Contraceção oral. Posologia e modo de administração: Via de administração oral. Tomar todos os dias à mesma hora, se necessário com um pouco de líquido, pela ordem indicada no blister.

Toma de comprimidos: contínua, durante 28 dias consecutivos. **Contra-indicações:** Trombose, AVC, Presença de factores de risco de trombose arterial, Predisposição para trombose, Pancreatite ou antecedente associado a hipertriglicéridemia grave, Doença hepática grave desde que os valores da função hepática não tenham regressado ao normal, Insuficiência renal, Presença/antecedentes de tumores hepáticos, Malignidades influenciadas por esteróides sexuais, Hemorragia vaginal não diagnosticada, Antecedentes de enxaqueca com sintomas neurológicos focais, Hipersensibilidade. **Advertências:** Patologias circulatórias (a utilização de qualquer COC acarreta um risco acrescido de TEV quando comparado com a não utilização. O risco adicional de TEV é maior durante o 1º ano em que uma mulher utiliza um COC. Estudos epidemiológicos mostraram que o risco de TEV para COs contendo drospirenona é maior do que o de COs contendo levonorgestrel e poderá ser similar ao risco para COs contendo desogestrel/gestodeno), Tumores, Exame/consulta médica (Antes de se iniciar ou de se reinstituir o uso de Yaz, deverá ser feita a história clínica completa e excluir a hipótese de gravidez. Deve ser medida a pressão arterial e ser feito o exame físico da mulher. As mulheres devem ser informadas de que os contraceptivos orais não protegem de doenças sexualmente transmissíveis), Eficácia reduzida (a eficácia dos COCs pode diminuir com o esquecimento dos comprimidos, perturbações gastrointestinais ou medicação concomitante), Redução do Controlo do Ciclo (com todos os COCs podem ocorrer hemorragias irregulares, especialmente durante os 1 os meses de utilização. Portanto, a avaliação de qualquer hemorragia irregular só terá significado após um período de adaptação de cerca de 3 ciclos). **Interações:** podem ocorrer com fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, bosentano e medicação para o VIH (por ex. ritonavir, nevirapina) e possivelmente também oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina e erva de São João. As falhas contraceptivas também foram relatadas com antibióticos, tais como penicilinas e tetraciclina. Em mulheres sob tratamento prolongado com substâncias activas indutoras de enzimas hepáticas, recomenda-se outro método de contracepção fiável, não hormonal. Concentrações plasmáticas e nos tecidos poderão aumentar (ex. ciclosporina) ou diminuir (ex. lamotrigina). **Efeitos indesejáveis:** Instabilidade emocional, Dor de cabeça, Náuseas, Dor mamária, Metrorragia (irregularidades menstruais geralmente diminuem durante tratamento continuado), Amenorreia, Depressão, Diminuição da libido, Nervosismo, Sonolência; Tonturas; Parestesia; Enxaqueca, Veia varicosa, Hipertensão; Dor abdominal, Vômitos, Dispepsia, Flatulência, Gastrite, Diarreia; Acne, Prurido, Erupção cutânea; Dor nas costas/extremidades, Cãibras; Candidíase/Secura vaginal, Dor pélvica, Intumescência mamária, Mama fibrocística, Hemorragia uterina/vaginal, Corrimento genital, Afrotamentos, Vaginite, Perturbação menstrual, Dismenorreia, Hipomenorreia, Menorragia, Esfregaço Papanicolaou suspeito; Astenia, Sudorese aumentada, Edema; Aumento de peso. Data da revisão do texto: 06/2011. Medicamento Sujeito a Receita Médica. Não Comparticipado. Para mais informações deverá contactar o titular da autorização de introdução no mercado. BAYER PORTUGAL S.A., Rua Quinta do Pinheiro, nº5 2794-003 CARNAXIDE, NIF 500 043 256

Bibliografia: 1. Klipping C et al; Suppression of Ovarian Activity with a Drospirenone-Containing Oral Contraceptive in a 24/4 Regimen, Contraception, volume 78: number 1: July 2008. 2. Bachmann G et al; Efficacy and Safety of a Low-Dose 24-Day Combined Oral Contraceptive Containing 20 μ g Ethinylestradiol and 3 mg Drospirenone. Contraception, volume 70: number 3: september 2004.