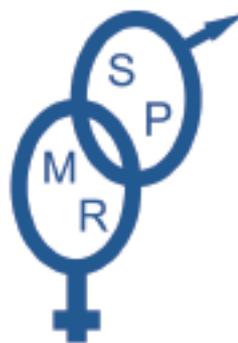


SOCIEDADE PORTUGUESA DE GINECOLOGIA

SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DA REPRODUÇÃO

CONSENSO SOBRE CONTRACEPÇÃO



SPG

SOCIEDADE
PORTUGUESA DE
GINECOLOGIA

REUNIÃO CONSENSO SOBRE CONTRACEPÇÃO

Évora, 18-20, Setembro 2003

Participantes:

Almerinda Petiz, Ana Aroso, Ana Luisa Ribeirinho, Ana Paula Miranda S. Santos, António Lanhoso, António Pedro Oliveira, Arlindo A. Abrunhosa Ferreira, Arminda Areia, Bacelar Antunes, Conceição Telhado, Cristina Gamboa, Cristina Maria S. Costa, Daniel Pereira da Silva, David Rebelo, Elia Santiago, Elsa Delgado, Fátima Faustino, Fátima Romão, Fernando Cirurgiã, Fernando Manuel, R. Fernandes, Filomena de Sousa, Francisco Nogueira Martins, Hélio Oliani, Isabel Marques, Isabel Reis, Isabel Torgal, João Luis Silva Carvalho, Joaquim Gonçalves, Jorge Branco, José Carlos Moreira, José Manuel Belchior S. Coelho, José Moutinho, Luis de Castro, Manuela Eloy, Maria Alice Andrade Vilas Boas, Maria Conceição Marques Nunes, Maria Gil Sampaio, Maria João Botica, Mariana Loureiro, Miguel Ferreira, Ondina Campos, Sidónio Matias, Sónia Nascimento Oliveira, Sotero Gomes, Teresa Sousa Fernandes, Vitor Ferreira, Vitor Gomes

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos tem-se assistido à introdução no mercado de mais opções contraceptivas, que procuram responder a novas exigências e configuram alternativas válidas aos métodos conhecidos.

Nem sempre a introdução de novos produtos é acompanhada de informação esclarecedora, que permita encontrar o lugar que lhe pertence no amplo espectro do arsenal disponível. Por outro lado, a ciência médica evolui a cada momento e assim todos os conceitos adquiridos estão em permanente revisão e alguns carecem de revisão a cada passo.

A necessidade de clarificar alguns pontos e estabelecer linhas orientadoras, que sirvam de instrumento de trabalho, no apoio diário à nossa prática clínica, foi sentida pelas Direcções da SPG e SPMR, a que procuramos responder com a realização de um amplo debate, com vista a estabelecer linhas orientadoras gerais para esta área tão importante.

Julgamos que o presente consenso corresponde ao que projectámos – organiza e clarifica os pontos essenciais dos métodos contraceptivos disponíveis.

As propostas aqui formuladas, são apenas linhas de orientação, que resultaram do trabalho e discussão profunda de todos os participantes, oriundos de todo o país, que contribuíram com a sua vasta experiência e saber.

A contracepção é um direito, que o casal, em particular a mulher, devem ter acesso fácil, de modo que assumam as suas opções de forma livre e esclarecida. Todos os métodos contraceptivos devem ser equacionados perante cada caso em concreto, cabendo à mulher ou ao casal a escolha do método que entendem mais ajustados às suas preferências. Por essa razão, para cada um dos métodos, os peritos presentes nesta reunião de consenso decidiram não colocar a indicação “por livre escolha”, por entenderem que essa indicação é redundante.

EFICÁCIA DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A escolha de um método contraceptivo deve radicar na sua eficácia contraceptiva, mas igualmente na adequação à mulher ou casal, dos seus mecanismos de acção.

Factores que se devem ter em conta para uma escolha mais ajustada, livremente assumida pela mulher e pelo casal:

- Idade
- Perfil de saúde
- Valores culturais
- Objectivos em termos de planeamento familiar
- Modo de acção dos vários métodos
- Eficácia contraceptiva Incidência de efeitos colaterais
- Complicações potenciais
- Benefícios não-contraceptivos
- Outros

Eficácia	Método	Gestações / 100 mulheres nos 1 ^o s 12 meses de uso	
		Uso corrente	Uso correcto
Muito eficaz qd usado correctamente	Implante	0.1	0.1
	DIU c/ levonorgestrel	0.1	0.1
	Vasectomia	0.2	0.1
	AMP injectável	0.3	0.3
	Laqueação tubar	0.5	0.5
	DIU c/ cobre	0.8	0.6
	Pílula progestativa (durante a amamentação)	1	0.5
	(fora da amamentação)	8-10	0.5
	Contraceptivos orais combinados	6-8	0.1
Eficácia aceitável qd usado correctamente	Preservativo masculino	14	3
	Coito interrompido	19	4
	Métodos naturais	20	1-9
	Espermicida	26	6
<i>Score: 0-1 muito eficaz 2-9 eficaz 10-30 alguma eficácia</i>		<i>Fonte OMS, 2001</i>	

PATOLOGIAS QUE EXPÕEM AS MULHERES A RISCO ACRESCIDO EM CASO DE GRAVIDEZ

Hipertensão arterial (sistólica > 160 ou diastólica > 100 mmHg)

Diabetes: insulino-dependente com nefropatia/retinopatia/coronariopatia ou outra patologia

- vascular, ou com > 20 anos
- Insuficiência coronária
- Acidente vascular cerebral
- Valvulopatia complicada
- Cancro da mama, endométrio ou ovário
- SIDA
- Cirrose grave
- Hepatomas
- Coriocarcinoma
- Drepanocitose
- Schistosomíase
- Tuberculose

INDICAÇÃO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Perante o perfil de saúde de cada mulher, tendo em conta a sua idade, hábitos e patologia co-existente e considerando os mecanismos de acção dos mais diversos métodos contraceptivos podemos avaliar a adequação de cada método conforme as características já referidas. A indicação dos diversos métodos contraceptivos pode ser dividida em 4 classes:

Classe I Não há qualquer restrição ao seu uso

Classe II As vantagens do método superam os riscos ponderados

Classe III Os riscos ponderados são superiores às vantagens - deve ser a última opção

Classe IV Os riscos ponderados são inaceitáveis - não deve ser usado.

CAPÍTULO I

CONTRACEPÇÃO ORAL

Só existem no mercado português contraceptivos orais (pílulas) de baixa dosagem (menor ou igual a 35 microgramas de etinilestradiol - EE)

- Combinadas - compostas por estroprogestativos (monofásicas, bifásicas ou trifásicas)
- Minipílula - compostas apenas por progestativo.

PÍLULA COMBINADA

INDICAÇÕES

Contraceção

Outras:

- Controlo de ciclo
- Dismenorreia
- Dor peri-ovulatória
- Síndrome pré-menstrual
- Síndromes de androgenização

CONTRA-INDICAÇÕES

Absolutas

- Gravidez actual ou suspeita de gravidez
- Neoplasia hormono-dependente
- Alterações graves da função hepática ou hepatopatia em fase activa
- Antecedentes de AVC, doença arterial cerebral ou coronária (Ex.: Hipertensão grave > 160/100mmHg, diabetes complicada)
- Antecedentes de trombose venosa profunda e doença predispondo a acidente tromboembólico (Ex.: Mutação do factor V de Leiden)
- Fumadora - mais 15-20 cigarros/dia e mais de 35 anos.

Relativas

- Diabetes mellitus
- Hipertensão arterial
- Lupus Eritematoso Disseminado
- Tabagismo (mais de 15 -20 cigarros/dia) em idade superior a 35 anos
- Hiperlipidémia
- Depressão grave
- Síndrome de má absorção
- Cefaleia grave, tipo enxaqueca

EXAMES MÍNIMOS DE AVALIAÇÃO

História clínica e exame objectivo com avaliação do peso e da tensão arterial

CONTROLO

Objectivos

- Verificar a utilização correcta do método
- Efeitos colaterais indesejáveis ou o aparecimento de contra-indicações
- Motivar a continuidade e desencorajar o “descanso” da pílula

Frequência das consultas

- Primeiro controlo - cerca de 3 meses após o início da contracepção
- Seguintes - anual ou semestral, de acordo com as características da utilizadora, factores de risco associados e sempre que surjam complicações

RISCOS, BENEFÍCIOS E MITOS

Efeitos Colaterais

- Alterações do fluxo / Spotting
- Náuseas e vómitos
- Mastodinia
- Alterações de peso
- Depressão

RISCO TROMBOEMBÓLICO

Os contraceptivos de baixa dosagem não aumentam significativamente o risco individual de enfarte do miocárdio, acidente vascular cerebral (AVC) ou tromboembolismo venoso na mulher saudável não fumadora, independentemente da idade. Um discreto aumento do risco relativo pode verificar-se no 1º ano de uso (20 a 40 casos por ano, por/100 000 utilizadoras). O principal factor de risco para AVC é a hipertensão arterial. O tabagismo aumenta o risco de trombose arterial. As anomalias congénitas dos factores de coagulação aumentam o risco de tromboembolismo venoso.

RISCO DE CANCRO DA MAMA

O uso prolongado de contraceptivos orais, não aumenta significativamente o risco de cancro da mama. Não há aumento significativo do risco nas mulheres a tomar contraceptivos orais com antecedentes familiares de cancro da mama ou em mulheres com patologia benigna mamária.

BENEFÍCIOS NÃO CONTRACEPTIVOS

Relacionados com o ciclo

- Regularização dos ciclos
- Tratamento da dismenorreia
- Tratamento da menorragia / Prevenção da anemia
- Possível diminuição dos quistos funcionais do ovário

Prevenção do cancro

- Diminuição do risco de cancro do ovário
- Diminuição do risco de cancro do endométrio
- Diminuição do risco de cancro do colórectal

Prevenção de

- Doença fibroquística da mama
- Doença inflamatória pélvica
- Endometriose
- Gravidez ectópica
- Artrite reumatóide
- Fibromioma uterino

Tratamento de

- Acne
- Hirsutismo

Outros benefícios

- Eventual melhoria em algumas doenças com exacerbação menstrual
- Sintomas vasomotores da perimenopausa

MITOS

Não há interferência com a fertilidade após a suspensão da contracepção oral.

Os contraceptivos orais não têm efeito teratogénico quando tomados inadvertidamente durante a gravidez.

As pílulas de baixa dosagem são eficazes logo no primeiro mês, mesmo quando antecederem de uso de pílulas de maior dosagem. Não existe aumento significativo de risco tromboembólico na utilização das pílulas com progestativos de terceira geração.

INTERACÇÕES MEDICAMENTOSAS

Medicamentos que podem causar diminuição de eficácia contraceptiva

- Griseoflúvina
- Rifampicina
- Carbamazepina
- Etosuximida
- Fenobarbital
- Fenitoína
- Primidona
- Retrovirais usados no tratamento da SIDA

Medicamentos cuja acção pode ser afectada pela utilização da pílula:

Com aumento do efeito

- Corticosteróides
- Teofilina
- Alprazolam
- Clordiazepóxido
- Diazepam
- Nitrazepam
- Triazolam
- Ciclosporina
- Propanolol

Com diminuição do efeito

- Imipramina

EVOLUÇÃO DA PÍLULA

DEFINIÇÕES USADAS EM ESTUDOS EPIDEMIOLÓGICOS

- Contraceptivos orais de baixa dosagem
Produtos contendo < de 50 microgramas de EE
- Contraceptivos orais de primeira geração
Produtos contendo > 50 microgramas de EE
- Contraceptivos orais de segunda geração
Produtos contendo levonorgestrel, norgestimato e outros membros da família da noretindrona com 30 ou 35 microgramas de EE
- Contraceptivos orais de terceira geração
Produtos contendo desogestrel e gestodeno com 15, 20 ou 30 microgramas de EE
- Contraceptivos orais de quarta geração
Produtos contendo drospirenona com 30 microgramas de EE

BAIXA DOSAGEM

Vantagens

- A principal vantagem é a diminuição do risco cardiovascular estrogênio-dependente e a redução dos efeitos colaterais.

Inconvenientes

- O principal inconveniente é o mais difícil controlo de ciclo e a necessidade de maior disciplina no horário da toma.

Progestativos usados em contracepção

Progestativo	Efeitos parciais			
	Estrogénicos	Androgénicos	Antiandrogénicos	Antimineralocorticóides
Drospirenona	-	-	+	+
Acetato de ciproterona	-	-	+	-
Levonorgestrel	-	(+)	-	-
Gestodeno	-	(+)	-	(+)
Desogestrel	-	(+)	-	-

+ efeito ; (+) não clinicamente significativo; - nenhum efeito

Vantagens

A principal vantagem na utilização dos progestativos de 2ª e 3ª gerações, respectivamente levonorgestrel (2ª geração), gestodeno e desogestrel (3ª geração), é a redução dos efeitos androgénicos. O acetato de ciproterona tem uma actividade anti-androgénica marcada. A drospirenona (4ª geração) foi a molécula introduzida mais recentemente e associa à acção anti-androgénica, uma actividade antimineralocorticoide.

Desvantagens

Maior dificuldade no controlo de ciclo, conforme a dose do EE.

PÍLULA SÓ COM PROGESTATIVO

Indicações

- Contra-indicação à utilização de estrogénios (fumadoras, hipertensas, etc – ver “pílula combinada”)
Amamentação

Riscos

- Aumento da insulino-resistência nas diabéticas (sem importância clínica relevante) Agravamento dos sintomas depressivos

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

A Contracepção de Emergência não é tão eficaz como a Contracepção Oral Contínua e só deve ter utilização excepcional.

Tem de ser utilizada o mais breve possível, até 72 horas após a Relação Sexual desprotegida.

Há dois tipos: progestativa e estroprogestativa.

Deve dar-se preferência aos preparados só com progestativos, atendendo que têm a mesma eficácia e menos efeitos colaterais.

Indicações

- Relação sexual sem contracepção regular
- Uso incorrecto ou falha do método contraceptivo

Contra-indicações

- Não existem contra-indicações, excepto a gravidez.

Efeitos indesejáveis

- Náuseas e vómitos
- Tensão mamária
- Cefaleias

CAPÍTULO II

CONTRACEPÇÃO DE LONGA DURAÇÃO DIU COM PROGESTATIVO

Indicações

- Hipermenorreia/Menorragia
- Hemorragia abundante com o DIU de cobre
- Hiperplasia simples do endométrio
- Contracepção na Perimenopausa

Contraindicações

- Gravidez
- Malformação uterina que interfira com eficácia
- Metrorragias não diagnosticadas
- DIP aguda e até 3 meses após a cura

Complicações

- Infecção Expulsão Perfuração

Efeitos acessórios

- Amenorreia

Efeitos indesejáveis

- Spotting inicial
- Quistos funcionais do ovário Irritabilidade
- Cefaleias Aumento de peso

DIU COM COBRE

Indicações

- Contra-indicação à contracepção hormonal
- Dificuldade na utilização de outros métodos
- Contracepção de emergência

Contra-indicações Absolutas

- Gravidez
- DIP aguda e até 3 meses após a cura
- Malformação uterina que interfira com a eficácia
- Metrorragias de etiologia não esclarecida
- Alterações da hemostase com risco hemorrágico
- Doentes imunodeprimidas ou em tratamento imunossupressor
- Doença de Wilson Alergia ao cobre

Contra-indicações Relativas

- Alto risco de Doença Inflamatória Pélvica (DIP)
- Tratamento anticoagulante
- Fluxo menstrual abundante/anemia
- Puerpério Cardiopatia com risco de infecção

Complicações

- Infecção Expulsão Perfuração

Exames mínimos de avaliação

- Exame ginecológico
- Citologia actualizada

Controlo

- No prazo de três meses após a colocação (opcional)
- Controlo ginecológico anual

IMPLANTE COM PROGESTATIVO

Indicações

- Contra-indicação aos estrogéneos
- Dificuldade na utilização de outros métodos
- Fluxo menstrual abundante/Hipermenorreia/Menorragia

Desvantagens

- Intervenção cirúrgica mínima para a remoção

CONTRA-INDICAÇÕES

Absolutas

- Gravidez
- Metrorragias de etiologia não esclarecida
- Doença hepática activa
- Tumores hepático, benignos ou malignos
- Tumores hormono-dependentes

RELATIVAS

Grandes fumadoras

- Diabetes mellitus com vasculopatia
- Acne grave Patologia cardiovascular anterior
- Cefaleias vasculares Interações medicamentosas (idênticas as referidas para a contracepção oral)

Efeitos indesejáveis

- Padrão hemorrágico variável
- Aumento de peso Tensão mamária
- Cefaleias Acne, hirsutismo Irritabilidade
- Agravamento de sintomas depressivos

Exames mínimos de avaliação

- Exame geral
- Medição da TA

Controlo

- Até aos 3 meses (opcional)
- Exame ginecológico de rotina anual

MEDROXIPROGESTERONA

Indicações

- Contra-indicação aos estrogéneos
- Dificuldade na utilização de outros métodos
- Fluxo menstrual abundante/Hipermenorreia/Menorragia

Contra-indicações Absolutas

- Gravidez Patologia tromboembólica activa
- Metrorragias de etiologia não esclarecida
- Doença hepática activa
- Tumores do fígado benignos ou malignos
- Tumores hormono-dependentes

Relativas

- Grandes fumadoras
- Diabetes mellitus com vasculopatia
- Acne grave
- Patologia cardiovascular anterior
- Litíase biliar
- Cefaleias vasculares

Efeitos indesejáveis

- Padrão hemorrágico variável
- Tensão mamária
- Acne, hirsutismo
- Agravamento dos sintomas depressivos
- Irritabilidade
- Cefaleias
- Aumento de peso
- Diminuição da densidade óssea
- Retorno tardio da fertilidade
- Sintomas vasomotores

Exames mínimos de avaliação

- Exame geral
- Medição da TA

Controlo

- Anual

NOVAS VIAS DE ADMINISTRAÇÃO DOS ESTROGESTATIVOS CONTRACEPTIVOS

ANEL VAGINAL

Indicações

- As mesmas da contraceção oral combinada Intolerância à toma oral dos estrogestativos

Contra-indicações

- As mesmas da contraceção oral combinada
- Alterações do pavimento pélvico

Vantagens

- Aplicação mensal única pela própria
- Concentrações hormonais mais estáveis
- Evita a primeira passagem hepática

Dificuldades

- Tabus sobre a manipulação genital
- Receio do casal de desconforto durante o acto sexual

SISTEMAS TRANSDÉRMICOS

Indicações

- As mesmas da contracepção oral combinada. Intolerância à toma oral dos estroprogestativos

Contraindicações

- As mesmas da contracepção oral combinada

Vantagens

- Concentrações hormonais mais estáveis
- Evita a primeira passagem hepática

Desvantagens

- Falha da adesividade do sistema

ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA

LAQUEAÇÃO DE TROMPAS

- Por Laparotomia
- Por Endoscopia (Laparoscopia, Culdoscopia e Histeroscopia)

Indicações

- Opção por um método definitivo, de acordo com a lei (mais de 25 anos)
- Contra-indicação médica para a gravidez/maternidade

Vantagens

- Ótima eficácia
- Diminuição do risco do cancro do ovário (em algumas publicações)

Desvantagens

- Risco cirúrgico/anestésico (menor na via histeroscópica)
- Possibilidade de disfunção ovárica
- Dismenorreia

VASECTOMIA

Indicações

- Opção por um método definitivo

Vantagens

- Eficácia elevada
- Incidência muito reduzida de complicações

CAPÍTULO III

MÉTODOS DE BARREIRA

Mecânicos

- Preservativo masculino
- Preservativo feminino (não disponível em Portugal)
- Diafragma (não disponível em Portugal)

PRESERVATIVO MASCULINO

Indicações

- Risco de DTS
- Contracepção masculina

Vantagens

- Acessibilidade
- Facilidade de uso
- Protecção das DTS

Desvantagens

- Irritabilidade local/alergia
- Interferência com o acto sexual
- Eficácia variável, geralmente reduzida.

QUÍMICOS

CONES, SUPOSITÓRIOS VAGINAIS, CREME, ESPUMA

ESPERMICIDAS

Indicações

- Associação aos métodos barreira

Vantagens

- Prevenção das DTS?

Desvantagens

- Eficácia baixa
- Interferência com o acto sexual
- Alergia/desconforto vaginal

MISTOS

Esponja

- Preservativo com espermicida

Indicações

- Opção individual

Contra-indicações

- Nas alterações do pavimento pélvico

Vantagens

- Protecção durante 24h Prevenção das DTS?

Desvantagens

- Eficácia baixa Alergia/desconforto vaginal

CAPÍTULO IV

CONTRACEPÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Pílula combinada é o método de eleição associado a preservativo para prevenção das DST.
Contracepção hormonal de emergência – a título excepcional (vd alínea própria)

CONTRACEPÇÃO NO PÓS-PARTO

MULHER QUE AMAMENTA

Contracepção Hormonal

Progestativo:

oral (minipílula), implante e injectável - após estabelecido o aleitamento.

Sempre que possível dar preferência à minipílula.

Implantes – apenas após 6 semanas (concentração elevada na circulação materna nas primeiras 4 semanas e imaturidade hepática neonatal)

Contraceptivos combinados (CC):

Reservas na sua utilização, dado que influenciam negativamente a quantidade e qualidade do leite - Classe 3 até aos 6 meses pós-parto, passando depois a Classe 2.

Nota - a HTA gravídica não é contra-indicação (CI) aos CC, desde que haja normalização da TA.

Contracepção Não-Hormonal

Métodos de Barreira:

Preservativo masculino Além da protecção contraceptiva também previne as DST, preferência pelos lubrificados.

Dispositivo Intra-uterino

Colocado 4 - 6 semanas pós-parto.

Esterilização Cirúrgica

A técnica recomendada é a mini-laparotomia peri-umbilical, feita preferencialmente até 72 horas pós-parto.

MULHER QUE NÃO AMAMENTA

Contraceptivos combinados – estão contra-indicados nas primeiras 3 semanas devido ao estado de hipercoaguabilidade.

Após 3 semanas do parto - não está contra-indicado qualquer método contraceptivo.

CONTRACEPÇÃO NA PERIMENOPAUSA

Na ausência de contra-indicação todos os métodos contraceptivos são possíveis.

Métodos naturais

(Ogino; Muco Cervical e Temperaturas)

São particularmente falíveis nesta fase da vida.

Preservativo masculino

Além da protecção contraceptiva também previne as DST.

Preferência pelos lubrificados.

Tem maior eficácia nesta fase da vida.

PÍLULA COMBINADA

Sem contra-indicação na mulher não fumadora e com baixo risco cardiovascular até aos 50-55 anos de idade ou diagnóstico de menopausa.

Progestativos isolados (orais, implantes, injectáveis)

Não constituem o método ideal neste grupo etário, atendendo às irregularidades dos ciclos. Só devem ser usados em situações pontuais.

Dispositivo Intra-uterino

Neste grupo etário, o DIU principalmente com progestativo está particularmente indicado.

CAPÍTULO V

CONTRACEPÇÃO EM CONDIÇÕES MÉDICAS ESPECIAIS

As mulheres que sofrem de uma determinada doença, têm em geral dificuldade na obtenção de um método contraceptivo, que não o de barreira, pela crença de que outro método apresente complicações. Os estudos disponíveis não evidenciam risco significativo no uso de contracepção eficaz na maioria das patologias. Paradoxalmente a gravidez em muitas destas situações pode agravar significativamente a evolução da doença. Deve ser oferecido o método de contracepção mais eficaz que preserve o estado de saúde. A escolha deve ser ponderada tendo em conta os efeitos adversos, interações com a doença ou com as terapêuticas em curso.

CONTRACEPÇÃO E EPILEPSIA

DIU

Método de primeira escolha – a sua acção não é alterada pela medicação e é metabolicamente inerte.

PÍLULA COMBINADA

Não tem contra-indicações, desde que a terapêutica anti-epiléptica não seja indutora de enzimas hepáticas. Quando se utiliza CC e a terapêutica anti-epiléptica é indutora de enzimas hepáticas, devem utilizar-se CC com dose de etinilestradiol (EE) igual ou superior a 50 microgramas (por ex. 2 comp. de 30 microgramas i.d.).

PROGESTATIVOS ISOLADOS (ORAIS/IMPLANTES)

Só podem ser usados caso a terapêutica anti-epiléptica não seja indutora de enzimas hepáticas.

Nota: Os fármacos anti-epiléticos, mais vulgarmente usados, indutores das enzimas hepáticas são: carbamazepina, oxycarbazepina, fenobarbital, fenitoína, pirimidona, topiramate, vigabatrin. Valproato de sódio não interfere na eficácia contraceptiva.

CONTRACEPÇÃO E INSUFICIÊNCIA RENAL

Os CC estão CI, pelos riscos metabólicos e de hipertensão arterial.

- **Insuficiência renal crónica**
Progestativos – preferencialmente DIU com progestativo
- **Insuficiência renal em diálise/transplante**
Progestativos – preferencialmente oral/implantes

CONTRACEPÇÃO E HEPATOPATIAS

- **DIU/DIU com progestativo/Métodos de barreira - Métodos de escolha**

Os progestativos podem ser administrados em última escolha

Mulheres com história de hepatopatia e com função hepática normal, podem fazer CC. Constituem contra-indicação para CC: história de litíase biliar e/ou história familiar do 1º grau de colestase hepática, Síndrome de Dubin-Johnson, Síndrome de Rotor, Síndrome de Budd-Chiari, porfíria, hepatite activa, tumores hepáticos, colestase intra-hepática, transplante hepático.

CONTRACEPÇÃO EM DOENÇAS HEMATOLÓGICAS

- **Progestativos de longa duração** (injectáveis ou implantes), parecem estar associados a uma diminuição das crises, por estabilização das membranas. Assim deverá ser uma 1ª opção terapêutica na anemia de células falciformes pela melhoria das crises dolorosas e dos parâmetros hematológicos.
- **DIU com progestativo** – pode ser utilizado.
Não é recomendável o DIU com cobre.
- **CC** – Contra-indicados na anemia de células falciformes.
Podem ser utilizados na talassémia, esferocitose e eliptose hereditária.

CONTRACEPÇÃO EM OBESAS

- **DIU / DIU com progestativo** – 1ª opção na maior parte dos casos.
- **CC** – A obesidade por si, não é contra-indicação aos CC, pelo contrário poderá ter efeitos benéficos, quando associada ao Síndrome de ovário poliquístico (SOP), ou hiper-androgenismo. Estão contra-indicados quando associada a outros factores de risco cardiovasculares.
- **Progestativos** – são opções alternativas, mas podem aumentar o peso.

CONTRACEPÇÃO E HIPERTENSÃO

- **DIU/DIU com progestativo** – dado serem metabolicamente inertes, são uma boa escolha.
- **CC** – estão contra-indicados quando a HTA for acompanhada de lesões arteriais vasculares.
Mulher com menos de 35 anos, sem outros factores de riscos e com HTA controlada:
CC de baixa dosagem. A associação com drospirenona poderá merecer preferência atendendo ao seu efeito anti-mineralocorticoide. Este apontamento carece de demonstração.
Mulher com mais de 35 anos e fumadora: estão contra-indicados os CC.
Progestativos (orais/implantes/injectáveis)
podem ser usados; reserva aos injectáveis (Classe III).

CONTRACEPÇÃO E DIABETES

- **DIU / DIU com progestativo** – são o método de eleição
- **Pílula Combinada** – não há contra-indicação para os CC, desde que não tenha doença vascular, com idade inferior a 35 anos e com menos de 20 anos de doença. Deve ser prescrito CC de baixa dosagem, contendo um progestativo de 3ª geração.
- **Progestativos orais/injectáveis/implantes** – são uma alternativa aos CC.
No puerpério não deve ser iniciada a contracepção hormonal, antes das 6-8 semanas.
A história de diabetes gestacional não é contra-indicação para qualquer método contraceptivo.

CONTRACEPÇÃO E INSUFICIÊNCIA VENOSA

- Não está contra-indicado qualquer método contraceptivo

CONTRACEPÇÃO E HIPERPROLACTINÉMIA

- Não há contra-indicação a qualquer método contraceptivo, salvo os CC que não são aconselháveis quando a prolactina é superior a 100 ng/ml.

CONTRACEPÇÃO EM PATOLOGIA DA TIRÓIDE

- Não há contra-indicação a qualquer método contraceptivo, salvos os CC desde quando a função tiroideia não está controlada.

CONTRACEÇÃO E LEIOMIOMA

- **DIU com progestativo** – é o método preferencial, porque pode inibir o crescimento dos nódulos e diminuir as perdas sanguíneas.

Não há contra-indicação a qualquer tipo de contraceção hormonal

CONTRACEÇÃO E CARDIOPATIA

- **Progestativos (oral/implante), DIU com progestativo** – métodos aconselháveis
- **DIU** – não são contra-indicados nas valvulopatias (pode ser necessária profilaxia antibiótica).
- **CC** – estão contra-indicados na doença cardíaca isquémica, na doença valvular complicada (endocardite, fibrilhação, hipertensão pulmonar...) e quando há risco vascular acrescido.
As mulheres com terapêutica anti-coagulante podem ter vantagem em fazer CC.

CONTRACEÇÃO E DST

- **Preservativo** – uso obrigatório, associado ou não a outro método contraceptivo, na população de risco.
- **CC** – A eficácia da pílula é diminuída pela utilização dos retrovirais em doentes com SIDA.
- **DIU** – está contra-indicado em mulheres com DIP recente (até 3 meses) e/ou SIDA.

CONTRACEÇÃO E TABAGISMO

- **CC** – são contra-indicados em mulheres com mais de 35 anos e fumadoras (> 15-20 cigarros/dia).
Todos os outros métodos são alternativos

CONTRACEÇÃO EM PATOLOGIA MAMÁRIA BENIGNA

- **CC** – preferencialmente
Nenhum dos outros métodos está contra-indicado

CONTRACEÇÃO E DOENÇA ONCOLÓGICA

Cancro da mama

Contraceptivos hormonais contra-indicados

- **DIU** – Método de primeira escolha, bem como a contraceção definitiva.
O DIU libertador de progesterona pode ser usado.
- **Carcinoma do colo** (com tratamento conservador)
Pode usar qualquer tipo de contraceção
- **Carcinoma do ovário** (com tratamento conservador)
- **CC** – método de eleição

Carcinoma da vulva e vagina

Pode utilizar qualquer tipo de contraceção

Doença Gestacional do Trofoblasto

- **CC** - devem ser preferenciais.
- **DIU** - não deve ser utilizado.
As doentes no decurso da quimioterapia devem fazer contraceção eficaz, não oral.

Tumores líquidos (leucemias e linfomas)

- Não há CI a qualquer método contraceptivo desde que doença controlada.
Doente em imunossupressão: contraindicado o DIU
As doentes no decurso da quimioterapia devem fazer contraceção eficaz, não oral.

Melanoma

- Não há contra-indicação para qualquer método contraceptivo, nomeadamente para a pílula, desde que os tumores estejam nos estadios I e II; nos outros estadios não há estudos conclusivos.
As doentes no decurso da quimioterapia devem fazer contraceção eficaz, não oral.

Outros tumores sólidos

- Não há contra-indicação a qualquer método contraceptivo excepto a contraceção hormonal, nos tumores hormono-dependentes, nomeadamente meningiomas, hemangioblastomas.
As doentes no decurso da quimioterapia devem fazer contraceção eficaz, não oral.

CONTRACEPÇÃO E ENXAQUECA

- Pode utilizar qualquer método contraceptivo, excepto se tiver migraine focal ou sintomas neurológicos, em que os CC estão contraindicados.
- Nas mulheres que utilizam CC ou progestativos e que referem agravamento progressivo ou alteração da sintomatologia, embora não estando provado aumento do risco isquémico, devem suspender.

CONTRACEPÇÃO E DOENÇAS AUTOIMUNES

- Os estrogénios estimulam o sistema imune. Os progestagénios e os androgénios deprimem.
- **Contraceptivos hormonais** - podem agravar as doenças autoimunes, nomeadamente a púrpura trombocitopénica auto-imune e a miastenia gravis.
- **CC** - estão indicados na artrite reumatóide e contra-indicados no LES.
A esclerose múltipla e a doença autoimune da tiróide não são contra-indicações para qualquer método.

CONTRACEPÇÃO E TROMBOEMBOLISMO (ARTERIAL E VENOSA)

- **CC** - está contra-indicada.
- **Tromboembolismo recente** - os progestativos são classe III, sendo aconselhável o DIU/DIU com progestativo.
- **Tromboembolismo não recente** - os progestativos orais/implante passam a classe II.

BIBLIOGRAFIA

Capítulo I

- The Canadian Consensus Conference on contraception, reprinted from The Journal SOGC, Maio 1998
- Obstetrics and Gynecology Clinics of North America, Dezembro 2000
- A Clinical Guide for Contraception 3ª edição, 2001
- Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar 9, Orientações Técnicas DGS 1998
- Contraceção de Emergência Orientações Técnicas APF Maio 2001
- Contraceção hormonal 3ª edição Julho 2001
- www.Obgyn.net

Capítulos II e III

- Clinical Gynecological Endocrinology and Infertility - 6ª edition, Leon Speroff, Robert H. Glass, Nathan G. Kase
- A Clinical Guide for Contraception - 3ª edition, Leon Speroff, Philip D. Darney
- Infertility and Reproductive Medicine Clinics of North America- Contraception – Volume 11, Number 4, October 2000
- The Canadian Consensus Conference on Contraception – May 1998, Volume 20, Number 5
- Gynaecology Forum – Volume 8, Number 3, 2003
- The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care 2000;5 (suppl 2):12-20
- Drug and Therapeutics Bulletin - Volume 39, Number 8, August 2001
- The Lancet - Volume 356, November 18, 2000
- Human Reproduction - Volume 15, Number 1, pp. 118-122, 2000

Colaboração:

