



FARMÁCIA 29 PRÁTICA

BIMESTRAL • JUNHO '10

Especial Contraceção Oral

CONTRACEÇÃO ORAL
DE EMERGÊNCIA

pág.03

O que é a contraceção oral de emergência, pílulas disponíveis, sua composição e aspectos práticos de utilização.

CONTRACEÇÃO EM
SITUAÇÕES ESPECIAIS

pág.05

Contraceção oral em algumas patologias - diabetes, doenças auto-imunes, dislipidemias, enxaquecas e risco de AVC, epilepsia, hipertensão arterial, doenças cardiovasculares e tabagismo - estados fisiopatológicos específicos - puerpério e amamentação - na adolescência e menopausa.

PERGUNTAS MAIS
FREQUENTES AO BALCÃO
DA FARMÁCIA

pág.07

Como adiar a menstruação?
Em que situações são necessárias medidas contraceptivas adicionais?
Quando iniciar a toma do contraceptivo oral após utilização da contraceção oral de emergência?

CONTRACEÇÃO ORAL

Contraceptivos orais disponíveis

Classificação e principais diferenças

Têm vindo a surgir novas formulações e novos sistemas de libertação hormonal, com vista quer ao aumento da eficácia contraceptiva quer à redução dos efeitos secundários e melhoria da adesão à toma evitando uma gravidez não desejada.

A **contraceção hormonal oral** é o método mais utilizado pelas mulheres portuguesas. Embora existam alguns efeitos adversos associados à toma de contraceptivos orais (CO), estes têm vindo a ser minorados, com o aparecimento de pílulas com cerca de metade da dose de estrogénios e de pílulas cujo único

princípio activo é um progestagénio, e que não apresentam os efeitos secundários associados aos estrogénios. No entanto, a pílula é ainda hoje muitas vezes mal utilizada, motivo que leva ao recurso à **contraceção oral de emergência (COE)**.

O que são os COC?

Os **Contraceptivos Orais Combinados (COC)** são caracterizados por terem na sua composição 2 hormonas diferentes - **estrogénio e progestagénio**. As doses e tipo de estrogénio e progestagénio utilizado variam com o medicamento. Estes COs são denominados de baixa dosagem ou de dosagem normal consoante a dose de estrogénio que contêm. São os contraceptivos orais mais eficazes porque inibem a ovulação de forma constante em cerca de 90 a 95% dos ciclos menstruais, tendo sido descrita uma taxa de falha de apenas 0,3% no primeiro ano de toma, quando tomados correctamente. Os COCs, além de inibirem a ovulação, exercem igualmente uma acção ao nível do espessamento do muco cervical, o que dificulta o percurso dos espermatozóides até à trompa de Falópio ⁽¹⁾.

Os COCs podem ser de 3 tipos, consoante as doses das hormonas sejam fixas ou variáveis, ao longo do ciclo menstrual ⁽⁷⁾.

- Monofásicos:** com estrogénio e progestagénio em doses fixas. Tomam-se durante 21 dias consecutivos a que se segue, habitualmente, um intervalo livre de 7 dias.
- Bifásicos:** contêm um progestagénio ao qual se associa o etinilestradiol, assegurando uma fase estrogénica durante os primeiros 7 dias, seguida de uma fase progestagénica até ao final da toma.
- Trifásicos:** contêm quantidades variáveis de hormonas (etinilestradiol e um progestagénio) para serem tomadas ao longo do ciclo, variando a concentração sobretudo de progestagénios. Têm um predomínio inicial de estrogénios tentando assim, mimetizar o ciclo hormonal normal.

O que são os COP?

Os **Contraceptivos Orais Progestagénicos (COPs)** são apenas constituídos por um progestagénio, em dose inferior à presente nos COCs. Por este motivo, não inibem consistentemente a ovulação a qual ocorre em apenas cerca de 50% dos ciclos, impedindo, a gravidez maioritariamente por espessamento do muco cervical ⁽¹⁾. Habitualmente são de toma contínua não existindo qualquer interrupção na toma durante o ciclo menstrual ⁽⁷⁾ (ver tabela 1).

Qual a eficácia comparativa entre COPs e COCs?

Existe o conceito de que as pílulas progestagénicas são menos eficazes do que as combinadas. No entanto, não existem estudos conclusivos sobre a eficácia comparativa entre os COCs e os COPs, sendo que, na sua maioria, a eficácia falha por factores externos aos medicamentos em si ⁽¹⁾.

Para que os COPs apresentem uma eficácia comparável à dos COCs, é necessário que a administração seja rigorosa, isto é, o COP deve ser tomado todos os dias à mesma hora e, de preferência, a relação sexual deve ocorrer entre as 3 e as 22h após a toma.

Taxa de falha dos COs*

COC – 0,1 a 1 gravidezes em 100 mulheres/ano
COP – 0,5 a 1,5 gravidezes em 100 mulheres/ano

*Depende do uso correcto e regular

Tabela 1 - COs comercializados em Portugal: composição qualitativa e quantitativa

Nome comercial	Composição
	COCs MONOFÁSICOS
MARVELON®	Desogestrel (0,15 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg)
MERCILON® e NOVYNETTE®	Desogestrel (0,15 mg) + Etinilestradiol (0,02 mg)
MICROGESTE® e MINESSE®	Gestodeno (0,06 mg) + Etinilestradiol (0,015 mg)
MINIGESTE®, ESTINETTE®, HARMONET® e MG	Gestodeno (0,075 mg) + Etinilestradiol (0,02 mg)
GYNERA®, MINULET®, EFIGIPILEN® e MG	Gestodeno (0,075 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg)
MIRANOVA®	Levonorgestrel (0,10 mg) + Etinilestradiol (0,02 mg)
MICROGINON®	Levonorgestrel (0,15 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg)
BELARA® e LIBELI®	Cloromadinona (2 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg)
VALETTE®	Dienogest (2 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg)
YASMIN®	Drospirenona (3 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg)
YASMINELLE® e YAS®	Drospirenona (3 mg) + Etinilestradiol (0,02 mg)
	COCs BIFÁSICOS
GRACIAL®	Desogestrel (0,025 mg/0,125 mg) + Etinilestradiol (0,040/0,030 mg)
	COCs TRIFÁSICOS
TRI-GYNERA® e TRI-MINULET®	Gestodeno (0,05 mg/0,07 mg/0,1 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg/0,04 mg/0,03 mg)
TRINORDIOL®	Levonorgestrel (0,05 mg / 0,075 mg / 0,125 mg) + Etinilestradiol (0,03 mg / 0,04 mg / 0,03 mg)
	COs PROGESTAGÉNICOS
CERAZETTE®	Desogestrel (0,075 mg)
	COs ANTIANDROGÉNICOS
DIANE 35® e MG	Acetato de Ciproterona (2 mg) + Etinilestradiol (0,035 mg)

Fonte: Prontuário Terapêutico 9, Março 2010 [8]

Que avanços se verificaram na contracepção oral?

A diminuição da dose de estrogénios (pílulas de baixa dosagem), o recurso a novos progestagénios e novos sistemas de libertação hormonal, são as principais estratégias seguidas, com o objectivo de minorar os efeitos secundários associados aos estrogénios e de permitir uma maior eficácia contraceptiva.

As **pílulas de baixa dosagem ou minipílulas** contêm na sua formulação etinilestradiol em doses que variam entre 15 e 25 µg por comprimido, enquanto as restantes pílulas possuem entre 25 e 35 µg por comprimido. Uma vez que os efeitos adversos estão maioritariamente associados às doses de hormonas presentes, é de esperar que neste tipo de COs, sejam menores e ocorram com menor frequência. No entanto, embora esteja provada uma redução do risco de tromboembolismo venoso, continuam a ocorrer eventos cardiovasculares graves, embora raros, associados à toma de COs de baixa dosagem, particularmente em mulheres fumadoras, com mais de 35 anos, com enxaquecas ou outras situações de risco CV^[4].

Relativamente aos progestagénios, estes são agrupados em 4 gerações, independentemente de fazerem parte da composição de um COC ou de um COP. Esta classificação deve-se unicamente à cronologia de aparecimento no mercado, não

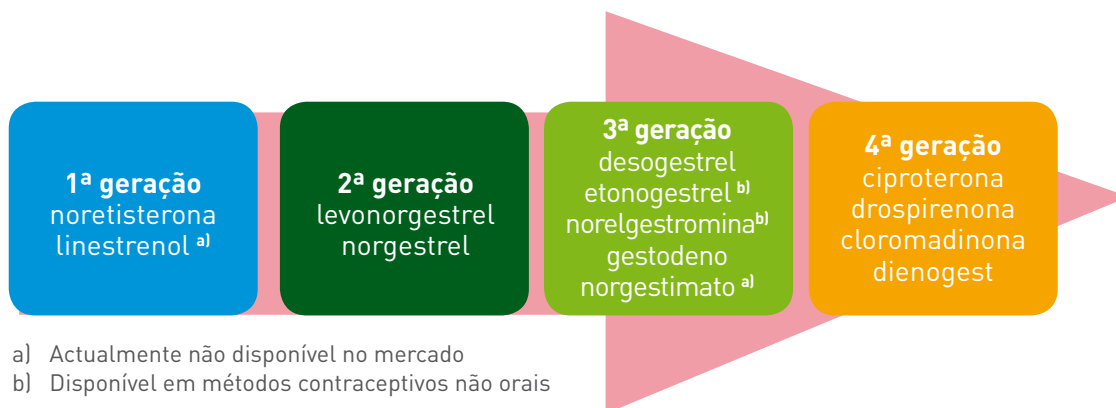
existindo qualquer relação com a estrutura química ou acção farmacológica.^[4]

Progestagénios, como o levonorgestrel, conferem uma certa acção androgénica, para além da sua actividade progestagénica. É esta actividade androgénica a responsável pela maioria dos efeitos adversos. A procura de COs mais eficazes e com menos efeitos secundários, levou ao aparecimento de progestagénios, praticamente destituídos de actividade androgénica, como o desogestrel e o gestodeno. Actualmente já existem progestagénios com actividade anti-androgénica - como a ciproterona, a drospirenona e a cloromadinona^[4].

Qual o risco de gravidez ectópica em mulheres a tomar COP ou COC?

Em caso de falha do CO com consequente fertilização de um óvulo, o espessamento do muco cervical diminui a mobilidade do óvulo fertilizado na trompa de Falópio, aumentando o risco de gravidez ectópica.

Os **COCs** inibem a ovulação, em cerca de 90 a 95% dos ciclos, são por isso contraceptivos eficazes, reduzindo o risco de gravidez ectópica. Os **COPs** actuam maioritariamente por espessamento do muco cervical não inibindo a ovulação de forma tão eficaz (ocorre em apenas cerca de 50% dos ciclos), sendo o risco de gravidez ectópica maior.



CONTRACEPÇÃO ORAL DE EMERGÊNCIA

A contracepção oral de emergência tem passado por desenvolvimentos nos últimos anos, tendo muito recentemente surgido uma nova opção terapêutica, que aumenta para 5 dias o intervalo de tempo em que se pode recorrer a este método.

O que é e como actua a COE?

A contracepção oral de emergência (COE) é um método destinado a evitar uma gravidez não desejada após uma relação sexual em que não existiu recurso a contracepção ou na qual a mesma falha^[6]. Constitui uma segunda linha na prevenção primária da gravidez não desejada.

A toma do COE deve ocorrer o mais cedo possível após a relação sexual não protegida ou inadequadamente protegida. O COE actua sobre a ovulação, atrasando ou inibindo a libertação do óvulo, sobre a fertilização impedindo o espermatozóide

de atingir o óvulo, por espessamento do muco cervical, ou sobre a nidadação através de alterações do endométrio, impossibilitando a implantação do ovo na parede do útero.

A COE pode ser utilizada com segurança por qualquer mulher, mesmo quando há contra-indicações para a toma de COs. Após a toma da COE a mulher pode engravidar em qualquer altura, caso não utilize nenhum método contraceptivo. A COE apenas previne uma gravidez decorrente de relações sexuais ocorridas antes da toma e nunca nos casos em que estas ocorrem subsequentemente^[3]. Não é efectiva se a mulher já estiver grávida.

Quais os efeitos secundários associados à COE?

Após a toma do COE podem surgir maioritariamente náuseas e vómitos, mas pouco frequentes, surgindo em apenas 20% dos casos. Para minorar estes efeitos aconselha-se a toma do comprimido com alimentos. Pode também surgir perda de sangue alguns dias após a toma do COE. Num número reduzido de mulheres pode acontecer tensão mamária, dores de cabeça, tonturas, dor abdominal e fadiga mas, na maior parte dos casos, esta sintomatologia desaparece sem necessidade de tratamento.

Após a utilização da COE, a menstruação surge na altura esperada, no entanto em algumas mulheres pode surgir antes do tempo. Caso exista um atraso superior a uma semana, deve ser realizado um teste de gravidez visto que a COE pode ser falível.

A referenciação para o médico recomenda-se caso a mulher apresente queixas de hemorragias irregulares associadas a dores abdominais (suspeita de gravidez ectópica) ou quando a menstruação está atrasada por mais de uma semana (suspeita de gravidez) ^[3].

A COE pode ser feita fora do período fértil?

Dado que existem oscilações da altura da ovulação, mesmo em mulheres com menstruações muito regulares, na prática é muito difícil determinar com exactidão o intervalo de tempo em que ocorre o período fértil.

O facto de a mulher não se encontrar no seu período fértil, não constitui uma contra-indicação à toma de COE, sendo importante avaliar o estado de ansiedade relativa à perspectiva de uma gravidez indesejada de forma a permitir um melhor aconselhamento e optar ou não pela dispensa da COE.

Quais os COEs disponíveis?

Existem actualmente alternativas terapêuticas diferentes: em que a COE pode ser feita até às 72 h após relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida e, recentemente disponível, em que a eficácia é comprovada até ao 5º dia, mais precisamente até às 120 h após relação sexual desprotegida ou inadequadamente protegida.

Norlevo® e Postinor® (MNSRM)	Embalagem de 1 Comprimido de toma única, 1,5 mg de levonorgestrel, que pode ser tomado até 72 h após a relação sexual mal protegida, com diminuição da eficácia à medida que o tempo decorre.
Tetragynon® (MSRM)	Embalagem com 4 Comprimidos com 0,05 mg de etinilestradiol e 0,25 mg de levonorgestrel. A toma deve ocorrer em 2 fases – na primeira, tomam-se 2 comprimidos em simultâneo o mais cedo possível após a relação sexual mal protegida, na segunda, tomam-se os restantes 2 comprimidos exactamente 12 h após a primeira toma. Este método, à semelhança do anterior, apenas apresenta eficácia apenas nas 72 h seguintes à relação sexual mal protegida, a qual decresce, à medida que o tempo decorre.
(*) Ellaone® (MSRM)	Embalagem com 1 Comprimido de toma única, com 30 mg de ulipristal. Apresenta eficácia constante até ao 5º dia após a relação sexual mal protegida.

[*] Para mais informação suporte ao aconselhamento sobre este novo COE, consulte a newsletter publicada a 28 de Abril de 2010 em www.anfonline.pt

Intervenção da equipa da Farmácia no aconselhamento aquando da dispensa de um COE

- Assegurar que está a falar com a própria utente que vai tomar a COE
- Certificar que a utente não se encontra grávida e em caso de dúvida realizar um teste de gravidez na própria farmácia
- Avaliar a situação: certificar que a utente não tem historial de gravidez ectópica, que não existe amenorreia há mais de 4 semanas (devido à possibilidade de gravidez), que a utente não tem neoplasias, doença do foro ginecológico, doenças da coagulação ou doença hepática activa (factores de referenciação à consulta médica)
- Assegurar que não se trata de uma 2ª toma do medicamento no mesmo ciclo, em virtude da sobrecarga hormonal, situação em que é recomendável referenciar à consulta médica
- Confirmar que a utente ainda está no período indicado de utilização (72 ou 120 horas, de acordo com o COE)
- Avaliar a falha potencial do método contraceptivo habitualmente utilizado e a fase do ciclo em que se encontra
- Confirmar se a toma de outros medicamentos não interfere com a eficácia do COE ^[a] e que não foi já utilizado outro contraceptivo de emergência
- No caso de toma de contracepção hormonal regular: não interromper a toma mas utilizar um método contraceptivo barreira até à seguinte menstruação
- Caso a utente vomite até 3 horas após a toma do comprimido,

consultar o médico para que seja avaliada a necessidade de tomar outro comprimido e para que este lhe seja receitado

- Se a utente estiver a amamentar, suspender a amamentação nas 36 horas seguintes após a toma no caso do ulipristal, nas 6 horas seguintes no caso do levonorgestrel. Para a associação etinilestradiol+levonorgestrel apenas existe referência à eventual excreção no leite materno e a diminuição temporária de produção de leite
- Alertar para as perturbações menstruais, muito frequentes e que podem atrasar ou acelerar a menstruação seguinte. Aconselhar, em caso de um atraso superior a 7 dias, a realização de um teste de gravidez
- Enfatizar a importância da não utilização do COE como um contraceptivo regular, aconselhar a adopção de um método contraceptivo adequado

Adaptado de "Processo de Indicação Farmacêutica para a CE" da Ordem dos farmacêuticos, ROF 66

[a] Para o despiste de potenciais interações entre o COE e outros medicamentos, recomenda-se o recurso ao SIFARMA 2000 ou aos Resumos das Características dos Medicamentos dos medicamentos em causa, disponíveis no sítio do Infarmed (base de dados Infomed), disponível em <http://www.infarmed.pt/infomed/inicio.php>

Contraceção oral e diabetes

Os COs podem interferir com o metabolismo da glucose. Em geral, quanto maior for a dose do progestagénio, maior será a alteração no metabolismo da glucose. Pensa-se que os estrogénios podem diminuir a tolerância à glucose enquanto os progestagénios são responsáveis por um aumento da secreção de insulina que pode levar ao aumento da insulino-resistência. Há estudos que concluem que os COPs podem apresentar um melhor perfil de segurança, interferindo menos nos níveis de glicemia, quando comparados com os COCs^[7]. Ainda, sendo a diabetes um factor de risco para a doença cardiovascular, é aconselhada a toma de COPs, caso a mulher não deseje ou não possa optar por outro método contraceptivo^[7]. No caso da diabetes bem controlada e em que não existem lesões vasculares, podem utilizar-se os COCs devendo preferir-se os COCs de 3ª geração^[2].

Assim, para mulheres com diabetes tipo 1 ou tipo 2, o recurso quer aos COCs quer aos COPs é aparentemente seguro e não parece ter qualquer efeito quer a curto quer a longo prazo no controlo da diabetes. Nas diabéticas com complicações associadas ou diabetes de longo termo (diagnosticado há mais de 20 anos), os COPs são considerados mais seguros do que os COCs^[1].

Contraceção oral e doenças autoimunes

Nas doenças auto-imunes, é de grande importância o planeamento da gravidez, não só pelos riscos que a terapêutica instituída pode acarretar para o feto, como também para preservar a saúde da mãe, escolhendo a fase de evolução da doença mais propícia para que a gravidez ocorra. Neste tipo de patologias, todos os métodos contraceptivos não hormonais são aconselhados. Sendo as doenças autoimunes muito heterogéneas, a resposta da doença aos COs varia consoante a patologia em causa. Desta forma, enquanto os COCs podem agravar o Lúpus Eritematoso Sistémico, a Púrpura Trombocitopénica e a Miastenia Gravis, podem contribuir para a melhoria da Artrite Reumatóide e não exercem qualquer efeito na Esclerose Múltipla ou Doença Auto-imune da Tíride^[2].

Contraceção oral e dislipidemia

A maioria dos COs afecta os parâmetros lipídicos - colesterol LDL e HDL e também os triglicéridos. Os estrogénios aumentam o HDL e triglicéridos e diminuem o LDL. No caso dos progestagénios, o aumento do HDL depende do tipo de progestagénio utilizado. As formulações com etinilestradiol combinado com progestagénios mais recentes como o desogestrel e gestodeno, devido à menor actividade androgénica destes, apresentam um melhor perfil lipídico, verificando-se um aumento significativo dos níveis de HDL, diminuição significativa dos níveis de colesterol LDL, apenas pequenas alterações dos níveis de colesterol total e um aumento dos triglicéridos menos acentuado do que com os que contêm progestagénios com uma acção androgénica mais marcada

(levonorgestrel e norgestrel)^[1 e 7]. Por este motivo são considerados os COs com melhor perfil de indicação para mulheres com dislipidemia^[1].

Contraceção oral e de emergência no caso de enxaquecas e risco de AVC

Vários estudos efectuados em mulheres com enxaqueca, a tomar COs, sugerem um aumento do risco de AVC (Acidente Vascular Cerebral). No entanto, esses mesmos estudos indicam que o grau de risco varia consoante o tipo de enxaqueca. Assim, o risco é maior no caso de enxaqueca com aura quando comparado com enxaqueca sem aura. Este facto deve-se provavelmente à existência de alterações isquémicas associadas à aura. Dado que, à partida, a utilização de COCs representa um factor de risco aumentado de AVC e tromboembolismo venoso, existe uma preocupação acrescida relativa à toma de COCs no caso de enxaqueca. De acordo com a OMS, o risco de mulheres com enxaqueca a tomar COCs, terem um AVC isquémico é cerca de 2 a 4 vezes maior do que nas que têm enxaqueca mas não tomam COCs.

É, por isso, fundamental conhecer o tipo de enxaqueca em causa, o que determina a escolha mais adequada do CO, principalmente no caso de se tratar de COCs^[1]. Em caso de risco acrescido deve ponderar-se o recurso a COPs ou, em alternativa, a outro método contraceptivo, que não o oral hormonal.

Para as mulheres que têm enxaqueca sem aura, o risco de AVC é relativamente pequeno e comparável ao das mulheres sem enxaqueca. Em mulheres a fazer terapêutica para a enxaqueca com derivados da ergotamina, a toma de COCs está contraindicada^[1 e 7].

Contraceção oral e epilepsia

Os métodos contraceptivos de eleição na epilepsia são, o DIU (Dispositivo Intra Uterino) ou o SIU (Sistema Intra Uterino com libertação hormonal) dado que são inertes a nível sistémico não interferindo com a restante medicação.

Caso a opção recaia na contraceção oral, os COCs e COPs apenas estão contra-indicados, por redução da sua eficácia, nos casos em que a terapêutica antiepiléptica instituída seja indutora das enzimas hepáticas (carbamazepina, oxycarbamazepina, fenobarbital, fenitoína, primidona, topiramato, vigabatrim). No caso de terapêutica com valproato de sódio, as mulheres podem utilizar qualquer CO^[2].

Contraceção oral e hipertensão arterial (HTA)

Os métodos contraceptivos de eleição no caso da HTA são, o DIU ou o SIU com libertação hormonal. No entanto, apenas a HTA mal controlada contra-indica a toma de COs.

Assim, no caso de HTA bem controlada ou em fase inicial, pode ser indicada a toma de COCs. Nestes casos, deve ser dada preferência a pílulas de baixa dosagem, com gestodeno ou desogestrel, que apresentam a vantagem de contribuir para um bom perfil lipídico, ou a associação de etinilestradiol e drospirenona em virtude do seu efeito anti-mineralocorticóide. O re-

curso a COCs em mulheres com mais de 35 anos, em que o risco cardiovascular está aumentado, deve ser bem ponderado. Quanto aos COPs, constituem uma alternativa nos casos em que a HTA decorre da administração de COCs^(1 e 7).

Contraceção oral na doença cardíaca ou doenças vasculares

Os COPs são a primeira escolha em caso de doença cardíaca. Os COCs estão contra-indicados, apenas quando existe um risco vascular associado, como no caso da doença cardíaca isquémica ou doença valvular complicada como endocardite, fibrilhação ou hipertensão pulmonar.

A toma de COs na insuficiência venosa não apresenta qualquer contra-indicação. Apenas está contra-indicada a toma de COCs, em caso de tromboembolismo venoso ou arterial. Os COPs, que podem ser usados em doentes com antecedentes de tromboembolismo venoso são, apesar disso a última escolha em caso de tromboembolismo activo ou recente sendo de preferir o DIU ou o SIU com libertação hormonal, nesta fase⁽²⁾.

Contraceção oral em fumadoras

O tabagismo contribui, decididamente, para o aumento do risco de complicações cardiovasculares. Consideram-se fumadoras mulheres que consomem 15 a 20 cigarros por dia. Assim, mulheres fumadoras com idade superior a 35 anos não devem tomar COs. Antes dos 35 anos, o facto de a mulher fumar é uma contra-indicação relativa à toma de COs⁽²⁾. Os métodos contraceptivos de eleição para a mulher fumadora são, por isso, preferencialmente todos os métodos não hormonais.

Contraceção oral e menopausa

Na perimenopausa, desde que não haja contra-indicações, podem ser utilizados todos os tipos de COs, assim como qualquer tipo de método contraceptivo. A escolha deve ser feita com base nas características individuais da mulher (factores de risco cardiovascular, patologias associadas, tabagismo, etc). Caso os COCs sejam apropriados, são de preferir por apresentarem uma maior eficácia contraceptiva e exigirem menor rigor na toma, contribuírem para uma melhoria da sintomatologia vasomotora, melhoria do humor e apresentarem um menor risco de ocorrência de hemorragias intra-cíclicas. Os contraceptivos hormonais combinados, nas suas 3 formas - oral, transdérmica ou vaginal - podem ser utilizados até à menopausa, sendo de preferir aqueles que têm uma dose de etinilestradiol \leq 30g

μ g e uma dose baixa de noretisterona ou levonorgestrel, por apresentarem um menor risco cardiovascular⁽¹⁾.

Quanto à altura ideal para concluir a toma de COs, aquando da menopausa, é recomendado o doseamento da FSH (hormona foliculo estimulante) durante a pausa da toma de COCs (entre o 5º e o 7º dia) ou em qualquer altura do ciclo menstrual caso esteja a tomar COPs. Este doseamento é recomendado a partir dos 50 anos ou antes, caso exista sintomatologia vasomotora marcada, os denominados “afrontamentos”, e repetido anualmente até à menopausa. Caso o valor do doseamento seja \geq 40 mg/L pode interromper-se o contraceptivo, se for $<$ 40 mg/L deve continuar e reavaliar a situação ao fim de um ano⁽²⁾.

Contraceção oral e adolescência

Nesta fase em que, muitas vezes, se dá o início da actividade sexual, é importante que sejam adoptadas medidas que permitam uma contracepção o mais segura, simples e eficaz possível. Assim, os COs geralmente recomendados são os COCs. É fundamental sensibilizar para a importância de associar, a utilização do preservativo, como única forma de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis, sendo uma altura em que muitas vezes as relações são mais efémeras e a percepção dos riscos está menos presente⁽²⁾.

Contraceção oral e amamentação

Na amamentação a primeira escolha recai sobre os contraceptivos hormonais progestagénicos (sob a forma oral, implante subcutâneo ou injectável) por não influenciarem a qualidade e quantidade do leite materno. Os COPs têm ainda a vantagem de permitir uma mudança mais rápida para o método contraceptivo subsequente, dado que basta suspender a toma do COP e iniciar a toma do CO seguinte. A contracepção oral deve ser iniciada entre a 4ª e a 6ª semana após o parto. Também os COCs podem ser utilizados, embora nunca como primeira escolha até os 6 meses após o parto⁽²⁾.

Contraceção oral e puerpério

Quando a mulher não está a amamentar, os COCs apenas estão contra-indicados nas primeiras 3 semanas após o parto, por existir um estado de hipercoagulabilidade, que aumenta o risco cardiovascular associado à toma de COCs. A partir daí pode ser utilizado qualquer método contraceptivo. Caso tenha ocorrido diabetes gestacional, desde que os parâmetros analíticos estejam controlados, não existe qualquer contra-indicação à toma de COs. No entanto, neste caso recomenda-se que o início da CO se faça apenas a partir das 6-8 semanas após o parto⁽²⁾.



FARMÁCIA
PRÁTICA



Propriedade: Associação Nacional das Farmácias

Rua Marechal Saldanha, 1, 1249-069 Lisboa • Tel. 21 340 06 00 • Fax 21 347 29 94 • E-mail: anf@anf.pt • www.anf.pt

Direcção: JOÃO CORDEIRO • **Sub-Direcção:** MARIA DA LUZ SEQUEIRA • LUÍS MATIAS • **Direcção Técnica:** SANDRA LINO
Coordenação Editorial: ROSÁRIO LOURENÇO

Periodicidade: bimestral • **Tiragem:** 3.000 exemplares • Distribuição gratuita aos associados da ANF • **Assinaturas:** 1 Ano (6 edições) - 12,00 euros
ISSN: 1646-7649 • **Depósito Legal:** 260354/07 • Isento de registo na ERC ao abrigo do artigo 9.º da Lei de Imprensa n.º 2/99, de 13 de Janeiro

Produção: LPM Comunicação • Av. Infante D. Henrique, 333H, Escritório 49, 1800-282 Lisboa
Tel. 21 850 81 10 • Fax 21 853 04 26 • E-mail: lpmcom@lpmcom.pt • Powered by Boston Media

Como retardar a menstruação com a toma de CO?

Esta é uma pergunta recorrente ao balcão da farmácia, sendo as indicações em função do tipo de pílula as seguintes:

- **COCs monofásicos** - começar a embalagem seguinte imediatamente após terminar a anterior, ou seja, sem fazer os 7 dias de intervalo. Esta embalagem pode ser tomada até ao fim. Caso a mulher queira menstruar, basta parar de tomar os comprimidos em qualquer altura. Durante a toma da segunda embalagem podem ocorrer hemorragias irregulares. A embalagem seguinte às 2 consecutivas deve ser iniciada após os 7 dias habituais de intervalo.

- **COCs bifásicos** - assim que terminar a embalagem anterior, começar a tomar os comprimidos com a dosagem mais elevada de progestagénio e mais baixa de etinilestradiol da embalagem seguinte (ou seja, começar a toma da embalagem seguinte pelo 1º comprimido dos últimos 15 da embalagem). Estes podem ser tomados até ao final dessa embalagem (no máximo 15 dias).

Assim que queira menstruar basta parar de tomar a 2ª embalagem. A embalagem seguinte deve ser iniciada após os 6 dias habituais de intervalo. Tal como no caso dos COCs monofásicos, durante a toma da 2ª embalagem podem ocorrer hemorragias irregulares.

- **COCs trifásicos** - após terminar a embalagem, iniciar a toma dos últimos 10 comprimidos da embalagem seguinte, aqueles que têm maior concentração de progestagénio. Essa embalagem pode ser tomada até ao fim (no máximo 10 dias). Quando quiser menstruar a mulher pode parar essa embalagem em qualquer altura. A embalagem seguinte deve ser iniciada após o período habitual de 7 dias de intervalo ⁽¹⁴⁾.

Quais as situações que justificam medidas contraceptivas adicionais?

- 1) Esquecimento de uma toma do CO superior a 12 horas ou de mais do que uma toma, independentemente do intervalo de tempo decorrido. Para informação adicional acerca de como continuar a toma da restante embalagem do CO, consultar o RCM do medicamento em questão.
- 2) Ocorrência de vómitos até às 4 horas subsequentes à toma do CO ou aparecimento de diarreia grave, dado que a absorção pode ser incompleta e pode já não existir uma contracepção fiável.

Num e noutro caso, deverá recorrer-se a métodos contraceptivos adicionais até 7 dias após o desaparecimento dos sintomas ou o esquecimento da toma, mantendo a toma regular do CO habitual.

- 3) Suspeita de interacção medicamentosa entre o CO e algum outro medicamento, que a mulher esteja a tomar. Neste caso, deverão utilizar-se métodos contraceptivos adicionais até 7 dias após a eliminação do medicamento do organismo (varia consoante o tempo de semi-vida do medicamento em causa).

Após utilização da COE, quando se deve iniciar a toma do CO?

Após a toma do COE o retorno à fertilidade é imediato, pelo que, caso a mulher não esteja já a fazer contracepção regular, deve ser aconselhada a fazê-lo. No caso de toma habitual de COs, a embalagem em uso deve ser reiniciada no dia seguinte ao da toma do COE, não estando indicada a toma dos contraceptivos omitidos quando se recorre ao COE. Assim, é intencionalmente omitida a toma do comprimido relativo ao dia da toma do COE. Caso a mulher não esteja a tomar CO e deseje fazê-lo, existem 2 opções: esperar e iniciar a contracepção no primeiro dia do próximo ciclo menstrual, ou iniciar a contracepção no dia imediatamente após a toma da COE. É importante aconselhar abstinência sexual ou o uso de um método auxiliar (barreira - como por exemplo diafragma com espermicida, preservativos) nos primeiros **7 dias** após o início da contracepção caso seja um COC, ou nos primeiros **2 dias** caso se trate de um COP, independentemente de quando se inicia a contracepção ⁽¹⁾.

A intervenção da equipa da farmácia é determinante para promover o uso correcto dos COs, assim como para assegurar que a COE, particularmente a de indicação farmacêutica, é feita estritamente nos casos necessários de forma correcta e segura. O momento da dispensa da COE é uma altura particularmente propícia ao aconselhamento de métodos de contracepção seguros e efectivos pelo que é importante ter isso em atenção.

Conteúdo elaborado com a colaboração de Kaiser Permanente Drug Information Services, CA Regions, 2010.



Para apoiar o aconselhamento em situações relacionadas com **Contraceção Oral** e **Contraceção Oral de Emergência**, tem disponíveis os suportes **iSaúde**, no ANFOnline (<https://anfonline.anf.pt/>) menu Documentação, Informação Saúde e no SIFAR-MA 2000 de forma integrada no Atendimento.

Caso necessite de mais informação ou esclarecimentos sobre este tema, ou queira partilhar algum comentário ou sugestão, contacte-nos através do e-mail cedime@anf.pt
CEDIME - Centro de Documentação e Informação do Medicamento

No seu boletim **Farmácia Prática (n.º 27, Fev. 2010) - Especial Terapêutica Diabetes**, que recebeu recentemente na farmácia, encontra um breve questionário muito importante para conhecermos a sua opinião. A colaboração das farmácias é determinante. Ajude-nos a irmos ao encontro das suas expectativas e necessidades práticas.

1. Kaiser Permanente "Use of Oral Contraceptives". Drug Information Services, CA Regions (2010).
2. Lanhoso A. "Contraceção em Situações Particulares" Rev Port Clin Geral 2005; 21:485-91
3. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs and World Health Organization "Family planning: a global handbook for providers", 2007
4. Castel-Branco M. "Novidades em Contraceção Hormonal", 2010. Disponível em www.familiaesociedade.org/saudereprodutiva
5. Ferreira Vicente L. "As Pílulas... Falando de Questões Práticas", Diabetes Viver Em Equilíbrio 2005; 34. Disponível em <http://www.apdp.pt/mulher03.asp>
6. Ferreira Vicente L. "A Pílula Progestativa... Falando de Questões Práticas", Diabetes Viver Em Equilíbrio 2005; 35. Disponível em <http://www.apdp.pt/mulher03.asp>
7. Fernandes G. "Promoção e Protecção da Saúde nas Diferentes fases da Vida - Sexualidade e Planeamento Familiar - Contraceção Oral", 2000. Disponível em http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/22/38_texto.html
8. INFARMED, "Prontuário Terapêutico" 9, Março 2010. Disponível em www.infarmed.pt
9. "A Pílula dos 5 Dias - Aconselhamento Farmacêutico", CEDIME 2010, Newsletter ANFOnline de 28 de Abril 2010, disponível em: <https://anfonline.anf.pt/> (menu Relação Institucional, Newsletters)
10. Fine, P. Mathé, H., et al "Ulipristal Acetate Taken 48-120 Hours After Intercourse for Emergency Contraception", Obstet Gynecol 2010; 115: 257-263
11. Glasier, A. F. Cameron, S. T., et al "Ulipristal Acetate versus Levonorgestrel for Emergency Contraception: A Randomised Non-Inferiority Trial and Meta-analysis" The Lancet 2010; 375:555-562
12. Direcção-Geral da Saúde - Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes - "Saúde Reprodutiva: Doenças Infecciosas e Gravidez", Lisboa: DGS, 2000. 48 p. (Orientações Técnicas; 11)
13. Office of Population Research & Association of Reproductive Health Professionals, "Emergency Contraception: After Missing Daily Birth Control Pills", 2009. Disponível em <http://ec.princeton.edu>
14. RCM's dos diversos medicamentos referidos no artigo. Disponíveis em <http://infarmed.pt>
15. Direcção-Geral de Saúde - Programa Nacional de Saúde Reprodutiva - "Saúde Reprodutiva - Planeamento familiar", Lisboa: DGS, 2008. 67p. (Orientações Técnicas). Disponível em www.saudereprodutiva.dgs.pt

Recursos para profissionais

- **Contraceptivos Oraís**, Boletim Farmácia Técnica nº 11, CEDIME 2007, disponível em <http://www.anf.pt>
- **Contraceção de Emergência Hormonal**, CEDIME, Rev Farm Port 2005; 30:46-50
- **Risco de Gravidez Indesejada: Contraceção Oral de Emergência - COE**, Guia de Indicação Farmacêutica, DPCF 2007
- Ordem dos Farmacêuticos, **Norma de Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência**
- Sítio da Organização Mundial de Saúde: <http://www.who.int>
- Sítio da Associação Portuguesa dos Diabéticos de Portugal: <http://www.apdp.pt>
- Sítio do INFARMED: <http://www.infarmed.pt>
- Sítio do Programa Nacional de Saúde Reprodutiva: www.saudereprodutiva.dgs.pt