



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

RITA TOLDA MARTINS CARRILHO FIDELES

A Saúde Reprodutiva e Sexual na Europa do Século XXI:

Atualização científica e político-social

ARTIGO DE REVISÃO

ÁREA CIENTÍFICA DE GINECOLOGIA

Trabalho realizado sob a orientação de:

PROFESSORA DOUTORA MARIA MARGARIDA OLIVEIRA FIGUEIREDO DIAS

DOUTORA SARA CATARINA FELÍCIO TEIXEIRA CAMPOS

MARÇO/2017

Título: A Saúde Reprodutiva e Sexual na Europa do Século XXI: Atualização científica e político-social

Artigo de Revisão

Autora: Rita Tolda Martins Carrilho Fideles

Afiliação: Estudante do Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Endereço: Rua Sanches da Gama, Edifício Girassol, 6ºD, 3030-021 Coimbra, Portugal

Correio eletrónico: ritafideles@gmail.com

Orientadora: Professora Doutora Maria Margarida Oliveira Figueiredo Dias

Afiliação: Assistente Graduada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

Co-orientadora: Sara Catarina Felício Teixeira Campos

Afiliação: Assistente Convidada da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra

A autora e suas orientadoras negam qualquer conflito de interesses.

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS	1
RESUMO	3
ABSTRACT	4
INTRODUÇÃO	5
MATERIAL E MÉTODOS	7
DISCUSSÃO.....	8
Determinantes sociais da SRS	9
Ponto de situação da SRS na Europa do século XXI: questões preocupantes	10
O contexto de baixa fertilidade	10
Gravidez não planeada e interrupção voluntária da gravidez	13
Infecções sexualmente transmissíveis	17
A SRS e as doenças crônicas	19
Paradigma atual da contraceção na Europa	22
LARC: o epicentro da mudança.....	22
O novo paradigma da contraceção na adolescência.....	23
A contraceção no pós-parto, após interrupção da gravidez e durante a amamentação	26
As novas orientações para a perimenopausa.....	31
A polémica da contraceção na mulher obesa	37
A contraceção e a terapêutica anti-retrovírica (TARV).....	40
O paradigma atual da contraceção masculina	42
Contraceção de emergência: estado-da-arte tecnológico e questões de acessibilidade	44
A evolução dos programas de planeamento familiar na Europa	47
O progresso na SRS: uma área de heterogeneidade internacional	48
CONCLUSÃO	51
ANEXOS.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

LISTA DE ABREVIATURAS

AU – acetato de ulipristal

CE – contraceção de emergência

CH – contraceção hormonal/contracetivos hormonais

CHC – contraceção hormonal combinada/contracetivos hormonais combinados

CICM – consórcio internacional para a contraceção masculina

CME – critérios médicos de elegibilidade

CO – contracetivos orais/contracetivo oral

COC – contraceção oral combinada/contracetivos orais combinados

COP – contraceção oral progestativa/contracetivos orais progestativos

COX-2 – ciclo-oxigenase 2

DC – doença(as) crónica(as)

DE – desejo de engravidar

DIU – dispositivo intrauterino

EE – etinilestradiol

ENG – etonorgestrel

ES – educação sexual

GNP – gravidez(es) não planeada(as)

IMC – índice de massa corporal

IST – infeção(ões) sexualmente transmissível(eis)

LARC – *long-acting reversible contraception*

LMRG – limiar mínimo de renovação de gerações

LMUP – *London measure of unplanned pregnancy*

LNG – levonorgestrel

MSM – *men who have sex with men*/homens que têm sexo com homens

NEPF – não especialistas em planejamento familiar

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAL – período de amenorreia da lactação

PF – planejamento familiar

RCM – resumo de características do medicamento

RSD – relação sexual desprotegida

RTE – risco tromboembólico

SEC – sociedade europeia de contraceção

SIU – sistema intrauterino

SRS – saúde reprodutiva e sexual

TARV – terapêutica antiretrovítica

URSS – União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

VIH – vírus da imunodeficiência humana

VPH – vírus do papiloma humano

β -HCG – gonadotrofina coriônica humana

RESUMO

Pela sua história única, diversidade cultural e ambiente progressista inerente, a Europa encontra-se na vanguarda das mudanças tecnológicas, políticas, económicas e sociais em matéria de saúde reprodutiva e sexual (SRS) e planeamento familiar (PF). As mudanças e evoluções nas últimas décadas têm sido inúmeras pelo que se impunha uma revisão e atualização do paradigma nesta matéria. Para isso procedeu-se à pesquisa e revisão de artigos científicos com o intuito de focar os principais aspetos da SRS na Europa do século XXI, fazendo um ponto de situação da SRS na Europa, correlacionando-o com os determinantes sociais da SRS, uma atualização científica em contraceção onde se focam as principais mudanças de paradigma e mentalidade, desmistificando falsas crenças, e terminando com a descrição da evolução dos programas de PF e das desigualdades entre os vários países europeus. Assim, concluiu-se que, apesar de haver ainda um espaço para progressão, o panorama europeu em SRS é animador, mas apenas o tempo revelará o que o futuro reserva ao “velho continente”.

PALAVRAS-CHAVE: reproductive health, contraception, Europe, family planning, sexual health, social determinants of health

ABSTRACT

Because of its unique history, cultural diversity and progressive setting, Europe is at the forefront of technological, political, economic and social change regarding sexual and reproductive health (SRH) and family planning (FP). In the recent decades, the evolution of SRH has been immense, requiring an update on this subject. Therefore, a revision of articles focusing on the central aspects of SRH in 21st century Europe was conducted, with the aim of creating a progress report on some of the worrying SRH subjects, while linking it with the social determinants of SRH, updating knowledge and demystifying false beliefs on contraceptive methods, describing the evolution of FP programs, finalizing with an overview of the inequalities amongst the various European countries. Thus, we concluded, despite there being clear scope for progression, the European picture on SRH is encouraging, but only time will tell what the future holds for the “old continent”.

KEYWORDS: reproductive health, contraception, Europe, family planning, sexual health, social determinants of health

INTRODUÇÃO

Os métodos contraceptivos modernos representam mais do que uma evolução tecnológica: permitiram e causaram uma verdadeira revolução social, revelando-se o advento de uma série de mudanças no que concerne as estratégias reprodutivas e a saúde sexual da espécie humana. De facto, descobertas antropológicas relatam que, desde cedo na escala evolutiva humana, a atividade sexual perdeu o seu intuito exclusivamente reprodutivo, tornando-se, por isso, frequentes as práticas de “evicção da concepção”. A procura de métodos de controlo da fertilidade eficazes estendeu-se infrutiferamente durante milénios, mas as soluções válidas foram encontradas apenas no século XX, quando o *boom* populacional moldou para sempre a demografia da humanidade e a forma como se praticava a saúde reprodutiva e sexual (SRS).¹

Com efeito, o mundo mudou imensamente nas últimas quatro décadas. A Europa, pelo seu ambiente progressista inerente, encontrava-se na vanguarda destas mudanças, mudanças essas que possibilitaram a discussão e evolução em matéria de SRS, com o planeamento e adoção de estratégias mais holísticas, que incluíssem não só o aconselhamento contraceptivo, mas também os direitos humanos e os fatores sociais, políticos e económicos que influenciam a SRS da população, numa perspetiva de saúde pública. Este foi o ponto de viragem que moldou a forma como atualmente os profissionais de saúde, a classe política e a população geral veem e praticam a SRS.²

Por tudo isto, com este trabalho proponho-me a descrever o paradigma atual da SRS na Europa. Para este efeito, começarei por descrever os fatores sociais que determinam a SRS de uma forma global, culminando no ponto de situação da SRS. Nesta secção abordarei várias questões preocupantes, a saber, o contexto de baixa fertilidade, a situação atual no que concerne as infeções sexualmente transmissíveis, o paradigma da gravidez não planeada e, por fim, o problema do aumento da prevalência das doenças crónicas.

E porque a inovação tecnológica comanda toda a evolução em matéria de SRS irei dedicar um capítulo à descrição do estado da arte e do paradigma atual da contraceção na Europa. Para este efeito irei basear-me primariamente nos critérios médicos de elegibilidade da organização mundial de saúde, adaptando-os ao contexto europeu. Este capítulo será fulcral na desmistificação de falsas crenças e na divulgação das vantagens e desvantagens dos diferentes métodos em populações específicas, tornando-se um contributo à atualização científica dos profissionais de saúde e à boa prática contracetiva.

No entanto, apesar de toda esta perspetiva animadora relativa à SRS e à contraceção, esta área, como todas as que são altamente influenciadas por fatores sociais, é grande alvo de disparidades, entre populações, regiões e países. Por este motivo, a descrição destas dicotomias, numa perspetiva de contributo para a adaptação de estratégias de SRS, revela-se obrigatória no âmbito deste trabalho.

MATERIAL E MÉTODOS

Procedeu-se a uma pesquisa eletrónica de bibliografia na base de dados PubMed. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave ou associações das mesmas: contraception, Europe, family planning, guidelines, recommendations, updates, LARC, history, hormonal contraception, trends, male contraception, emergency contraception, contraceptive behavior, social determinants, sexual health, reproductive health, low fertility, sexual transmitted infections, unwanted pregnancy, non-communicable diseases, obesity, adolescent, perimenopausal, post-partum e abortion. Foram filtrados artigos em Inglês, Francês, Espanhol, Catalão e Português de entre os anos de 2005 e 2017. Foi também realizada uma pesquisa mais específica nos vários números do *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, das publicações e pareceres do instituto Guttmacher e das edições da revista *Entre-Nous* entre os anos de 2010 e 2017. Desta pesquisa foram selecionados, pela leitura do resumo, 247 artigos. Por fim, pela leitura completa dos artigos foram selecionados 75 artigos que constituem as referências deste trabalho.

DISCUSSÃO

Na Europa as ideias progressistas e as políticas idealistas dos anos 60 – encaradas como “movimento hippie” noutros países desenvolvidos – ganharam raízes e relevância. Com os anos, amadureceram numa amálgama politicamente viável de tolerância, multilateralismo e políticas vanguardistas que os governos adotam e os eleitores apoiam. Estas políticas impregnaram profundamente a cultura europeia até a atualidade, gerando a mentalidade progressista e o ambiente social que, em toda a sua diversidade, são a chave para a aceitação das mudanças e desafios com entusiasmo. Enquanto o restante mundo desenvolvido cresce de uma forma mais conservadora o “velho continente” experimenta e adapta-se às novas realidades que o mundo lhe apresenta.³⁻⁵

Não obstante, estas vantagens adaptativas sociais estão acorrentadas à condição humana. Como tem sido habitual sempre que a inovação tecnológica exige à sociedade uma mudança dos hábitos e práticas quotidianas já tão profundamente enraizadas encontra resistência e barreiras, notando-se, frequentemente, numa maior ou menor magnitude, uma disparidade temporal entre a evolução em si e a real aplicação destas descobertas no dia-a-dia. O tema da saúde e, em particular, da contraceção não é exceção, representando, pela sua “delicadeza social”, um dos temas encarados pela população geral e mesmo pela própria comunidade médica com mais ceticismo. Infeliz e inesperadamente, num mundo cada vez mais globalizado e com tanta facilidade de acesso a informação de qualidade, as falsas crenças mantêm-se e as dúvidas relativamente a inovações na área da saúde reprodutiva e sexual (SRS) continuam a prevalecer apesar das contínuas provas de qualidade fornecidas pela comunidade científica.^{1,6}

Determinantes sociais da SRS

O comportamento reprodutivo encontra-se, inevitavelmente, enraizado no âmago de fatores sociais específicos e contextos políticos e culturais, estando longe de ser uma escolha motivada apenas por características individuais da mulher ou do homem. Esta decisão é invariavelmente “manipulada” por fatores e instituições a nível local que são o produto de processos sociais, económicos, históricos e políticos mais amplos. Na análise destes determinantes devemos ter em conta o significado atribuído localmente à fertilidade e à reprodução, nomeadamente na forma como as estratégias reprodutivas estão associadas a outros aspetos da organização e identidade social da população e do indivíduo como a classe, o género, a etnia, a cultura – incluindo a sua vertente religiosa e a organização do poder familiar – e os padrões de saúde locais.⁷⁻⁹ Destacam-se, então, os seguintes fatores passíveis de determinar a qualidade da SRS numa determinada população:

- valorização social e económica atribuída à paternidade e à fertilidade;
- existência e qualidade das redes e recursos de apoio social (serviços de saúde maternos e pediátricos, infantários e escolas, políticas laborais adequadas);
- adequação das fontes de conhecimento reprodutivo;
- dinâmica do processo de decisão reprodutiva (quem exerce controlo sobre as escolhas reprodutivas do casal/mulher);
- práticas de controlo da fertilidade (contraceção moderna e/ou tradicional) e perceção da sua eficácia, acessibilidade e adequação;
- preferências e práticas reprodutivas locais (em termos de cuidados pré-natais, intraparto, e pós-parto).^{8,9}

Ponto de situação da SRS na Europa do século XXI: questões preocupantes

Como vimos na secção anterior, inevitavelmente, a interpretação do comportamento reprodutivo em todas as suas vertentes terá que ter em conta fatores de índole não exclusivamente técnico-científica. Um profissional de saúde que preste serviços de SRS terá que necessariamente adaptar-se não só à evolução tecnológica como ao paradigma político, económico, financeiro e social que afeta grandemente o comportamento dos utilizadores destes mesmos serviços. Desta forma, torna-se crucial estar a par das tendências nesta área.

O contexto de baixa fertilidade

Atualmente a taxa de fertilidade média da população europeia encontra-se muito abaixo do limiar mínimo de renovação de gerações (LMRG) que é de 2,1 crianças por casal. Este fenómeno começou a ser notório por volta dos anos 60 e tem vindo a acentuar-se progressivamente.¹⁰ Numa tentativa de análise deste evento preocupante propuseram-se, ao longo dos anos, várias explicações teóricas:

- **fatores reprodutivos** como o surgimento da contraceção moderna e o declínio da fecundidade;
- **fatores económicos** com efeito na educação, condições laborais e vida familiar do casal ou
- **fatores sociais** como a mudança de atitude, mentalidade, estilo de vida e valores do casal perante a paternidade.¹¹

Atualmente, e após uma análise mais prática, estas hipóteses foram refinadas.

Relativamente aos fatores reprodutivos, a existência de fenómenos de declínio de fertilidade prévios ao aparecimento da contraceção refuta, à partida, a exclusividade deste fator como

causador deste fenómeno. Além disso, vários estudos concluíram que mesmo em países com menor taxa de utilização contraceptiva a taxa de fertilidade é baixa. Pelo contrário, as taxas de fecundidade têm vindo a manter-se estáveis. Adicionalmente, vários estudos epidemiológicos em países em desenvolvimento correlacionaram este fenómeno com o de transição epidemiológica.¹¹

Já no que concerne os fatores sociais e económicos, que estão inerentemente relacionados, há várias tendências que importa realçar. Ao longo dos anos o número de filhos percebido como ideal tem vindo a diminuir. Mais frequentemente os casais escolhem ter menos filhos ou mesmo não os ter de todo. Esta escolha é primariamente influenciada por fatores individuais relacionados com a educação do casal, rendimento do agregado familiar, estabilidade política do país, condições laborais e pela estabilidade da própria relação conjugal. Apesar disto, proporcionalmente, ainda há mais casais que desejam três ou mais filhos, comparativamente com o total de casais que desejam zero ou um filho. No entanto, existe uma disparidade entre a fertilidade desejada e a fertilidade efetiva, o que, na prática, contribui para este contexto de baixa fertilidade. Adicionalmente, tem vindo a ser notória uma tendência para o adiamento da paternidade.¹¹ Em estudo demográficos e populacionais foram apurados vários motivos:

- a maior prevalência de níveis mais altos de formação o que leva a um aumento substancial da idade de início laboral;
- a instabilidade das relações modernas, com a formação mais tardia de parcerias e a mais fácil dissolução das mesmas;
- a elevada densidade populacional que aparenta ser um fator desmotivador e
- a pressão do mercado de trabalho em globalização que requer uma maior mobilidade dos trabalhadores sem preocupação com as relações.¹¹

Esta tendência terá, manifestamente, efeitos a nível da fecundidade do casal. Com o início do declínio da fertilidade da mulher no início da 4.^a década de vida o tempo entre o início da prática sexual desprotegida e a conceção prolonga-se assim como aumenta o risco de infertilidade.¹¹

Numa tentativa de prever a evolução desta tendência, *Lutz et al.*(2006), no seu trabalho “The Low-Fertility Trap Hypothesis: Forces that May Lead to Further Postponement and Fewer Births in Europe”, hipotetizaram a influência de mecanismos de retro controlo negativo que levariam a uma bifurcação das tendências de baixa fertilidade nos países industrializados: (1) países apenas brevemente e ligeiramente abaixo do LMRG estabilizariam ou reverteriam facilmente esta tendência, enquanto (2) os restantes países, já há longos períodos significativamente abaixo do LMRG, entrariam numa espécie de espiral descendente de fertilidade devido a um *momentum* populacional negativo, à diminuição do número de membros no modelo social ideal de família - resultado de uma educação já em contexto de baixa fertilidade - e o decréscimo de rendimentos da atual população fértil em comparação com os seus pais. Apesar da perspetiva pessimista desta hipótese, *Lutz et al.* ressalvam a ainda possível reversibilidade desta tendência e pretendem, com o seu trabalho, alertar para a urgência da tomada de medidas bem como para a necessidade de adaptação de políticas de fertilidade, tendo sempre em mente a possibilidade de resultados não lineares e imprevisíveis. No entanto, acrescentam que são necessários mais estudos para aprofundar todas as nuances desta hipótese.^{11,12}

Apesar deste panorama aparentemente tão negro, surpreendentemente entre 2008 e 2012 registou-se um aumento das taxas de gravidez em todas as sub-regiões da Europa. Esta inversão da tendência foi atribuída a uma melhoria da flexibilidade dos contratos de trabalho da mulher, tornando a vida laboral mais compatível com a maternidade, e a uma melhoria das políticas sociais, tendo em vista o aumento da igualdade de géneros e um maior equilíbrio entre a vida laboral e a vida familiar e reprodutiva. Além disso, os fenómenos migratórios de populações de

alta fertilidade podem ter tido um papel transitório neste acontecimento, esperando-se que este efeito diminua com o tempo, à medida que a assimilação destas populações acontece.¹³

Gravidez não planeada e interrupção voluntária da gravidez

À escala global, 40% das gravidezes não foram planeadas e destas 50% terminaram em interrupção voluntária da gravidez (IVG). Apesar de ser difícil estabelecer relações causais diretas, numerosos estudos estabeleceram uma relação entre as gravidezes não planeadas (GNP) e um conjunto de consequências negativas a nível económico, social, psicológico e, obviamente, em termos de saúde.¹³ Por este motivo, a evicção das mesmas, e das correspondentes consequências, é um ponto central nos estudos e programas de planeamento familiar.¹⁴ Na Europa, as taxas de GNP são das mais altas do mundo – cerca de 45%.¹⁵ Apesar de a variabilidade de definição tornar estas prevalências variáveis entre estudos, os valores são consistentemente elevados e, por isso, torna-se premente entender alguns dos fatores que podem estar a afetar esta tendência.¹⁵

Para bem da clareza de ideias, antes de dar início a esta secção da discussão importa esclarecer que nem todas as GNP podem ser abordadas da mesma forma. De facto, o termo “não planeada” pode ser alvo de várias interpretações subjetivas:

- GNP num contexto de “acidente”: inclui as situações em que naquele momento existe um desejo de evicção de gravidez, mas que por falha de contraceção houve conceção;
- GNP no sentido de não desejada: situações em que não há disponibilidade psicológica, social ou económica do casal para desejar uma gravidez;
- GNP em situações em que não é possível o seu planeamento: inclui principalmente casos de relações disfuncionais e abusos sexuais;

- GNP pois não se pretendia o seu planeamento: aplica-se a casais que não apresentavam uma postura de evicção de gravidez, mas para os quais a conceção não representa um fator de stress.^{14,16}

À luz destas interpretações, cada um destes “tipos” de GNP requerem abordagens diferentes em termos de SR e PF pois representam conceitos diferentes e também consequências distintas em termos da SRS da mulher. Mas acima de tudo, para o profissional de saúde em exercício da sua atividade, importa entender estes conceitos como dinâmicos e variáveis ao longo da vida da mulher.¹³

É consensual que a eficácia contracetiva é o principal fator de risco ou proteção contra a GNP¹⁷ mas além desta questão – que será abordada mais à frente nesta discussão –, o risco de GNP, como tudo o que concerne a SRS, é altamente afetado por motivos sociais, políticos e económicos.¹⁴ Um estudo de 2014, realizado na população alemã, descreve esta dinâmica e sistematiza os fatores passíveis de afetar o desejo de engravidar (DE) – ou seja, abordando a GNP de uma forma holística – segundo as diferentes fases da vida biológica, social e económica da mulher:

1. Gravidez em idade jovem (<25 anos): os principais fatores que afetam o DE são a qualidade da relação com o parceiro, o estado civil e o nível de educação e formação, sendo o risco de GNP maior em mulheres com maior nível de formação. Não foi encontrada relação com a área de residência (meio rural *versus* meio urbano; zona Este da Alemanha, mais conservadora *versus* zona Oeste da Alemanha) nem com o número de filhos prévio.
2. Gravidez entre os 25 e os 34 anos: nesta idade o risco de GNP é mais marcadamente afetado pela qualidade da relação com o parceiro, pelo estado civil e pela estabilidade da situação laboral. Ao contrário do que acontecia na anterior faixa etária o número de

filhos aumenta o risco de uma gravidez futura ser não planeada e o efeito do nível de formação é inverso – *id est*, com o aumento do nível de formação diminui o risco de GNP. Adicionalmente foi notório um efeito da área de residência: as mulheres da zona Este da Alemanha, onde prevalecem os costumes mais tradicionais e o clássico conceito de família, apresentavam menor risco de GNP quando comparadas com as mulheres da zona Oeste, onde a liberalização das relações conjugais e do conceito de família aumentam o risco de GNP.

3. Gravidez entre os 35 e os 44 anos: mais uma vez a estabilidade da relação com o parceiro afeta grandemente o risco de uma GNP. Adicionalmente, a área de residência também mostrou ter algum impacto: as mulheres da região este da Alemanha mostravam uma atitude mais contestatária face à maternidade tardia, apresentando, por isso, um maior risco de GNP. Contrariamente às anteriores faixas etárias: (1) o número de filhos é relevante, sendo que mulheres com um filho ou mais têm maior risco de GNP, ao contrário de mulheres sem filhos; (2) não se notou efeito da situação laboral, grau de formação ou estado civil no risco de GNP.¹⁴

Mas, apesar de esta postura de esforço na evicção da GNP ser consensualmente aceite e praticada na comunidade científica, não podemos deixar de nos perguntar qual será o impacto em termos de fertilidade se todas as GNP forem evitadas com sucesso. Estaremos perante um mecanismo de compensação demográfica?^{14,16}

Como seria de esperar, perante uma GNP as mulheres confrontam-se com uma decisão difícil que pode culminar na continuação da gravidez – na Europa, em cerca de 25% dos casos – ou na sua interrupção – nos restantes casos.^{13,15} Esta decisão é influenciada por inúmeros fatores de diferentes índoles:

- **Fatores individuais/pessoais** que, segundo *Goossens et al. (2016)*, num estudo que descreve a escala da *London Measure of Unplanned Pregnancy (LMUP)* como uma variável contínua numa tentativa de a aproximar mais à realidade, conferem um maior risco de optar pela IVG a mulheres em desvantagem social, *id est*, com menor nível de formação, adolescentes, solteiras, mulheres numa relação de não coabitação, em situação laboral precária ou vítimas violência doméstica. Além disso descrevem uma associação entre uma postura ambivalente na atitude de evicção de gravidez e o uso incorreto de contraceção. Este fenómeno, já relatado em inúmeros estudos prévios, ocorre em mulheres com atitudes, emoções, valores e comportamentos indefinidos relativos ao uso de contraceção, o que lhes confere um maior risco de incorrer na utilização incorreta dos métodos contraceptivos.¹⁵
- **Fatores sociais, económicos ou políticos** incluindo a disponibilidade, acessibilidade e gratuidade dos serviços de IVG, a aceitação social e tradicional da gravidez e da IVG e a existência e adequação de políticas e estruturas sociais de apoio à mulher que interrompe a gravidez.⁷

A nível global foram feitos inúmeros avanços no reconhecimento da IVG como um direito básico da mulher e a Europa tem acompanhado esta tendência com inúmeras revoluções e inovações no que concerne este assunto. No entanto pela grande diversidade cultural inerente à história conturbada do “velho continente” este tópico permanece um motivo de discussão e desigualdade. As dicotomias entre países vão desde a criminalização da IVG – em países como Malta e Andorra – até à liberalização total – nos Países Baixos, onde é permitida até às 24 semanas. A maioria dos países opta por uma “seleção” com base no tempo de gestação decorrido, com períodos variáveis entre as 10 semanas (Portugal) e os 90 dias (Itália). Outros países - como o Reino Unido, a Finlândia e Espanha - adotam critérios baseados em determinadas circunstâncias como situações de violação,

malformações fetais, famílias em risco socioeconómico ou ameaça para a saúde física e mental materna. Na Irlanda, a interrupção da gravidez é permitida apenas em situações que põem a gestante em risco de vida. Por fim, as leis mais restritivas estão em vigor na Polónia onde é permitida apenas até às 12 semanas e somente em situações de violação, incesto ou malformação fetal.¹⁸

Relativamente à incidência da IVG na Europa esta apresentou uma diminuição significativa, de cerca de 43% entre 1995 e 2008. Este fenómeno deveu-se principalmente à implementação e melhoria dos programas de SRS e PF nos países da Europa de Leste, já que nos restantes países as taxas de IVG mantiveram-se relativamente estáveis.¹⁸ Daqui se infere que a distribuição territorial da incidência de IVG não é homogénea em todo o território europeu. De facto, na Europa de Leste, países como a Roménia, Bulgária, República Checa e Hungria apresentam ainda as mais elevadas taxas de IVG do mundo – cerca de 500 por cada mil nascimentos –, ao contrário da Europa Central, do Sul e Escandinávia onde a taxa de IVG é a mais baixa do mundo - cerca de 12 por cada mil nascimentos.¹⁸ Estas disparidades podem ser explicadas pelos fatores supramencionados, de índole individual ou social, pelos diferentes programas de SRS e PF mas também pela intensidade e frequência de fenómenos de migração em massa¹⁸, tema que terá lugar mais à frente nesta discussão.

Infeções sexualmente transmissíveis

O tema das infeções sexualmente transmissíveis (IST) é uma preocupação global. Dadas as tendências sociais, demográficas e migratórias, a população em risco de vir a ter uma IST continua a crescer dramaticamente. Este fenómeno é especialmente notório nos países em desenvolvimento, mas as restantes nações, embora em menor escala, também sofrerão com

estas tendências, devido à prevalência de IST não curáveis, às alterações do comportamento sexual e ao aumento das viagens e migrações.¹⁹

No caso especial da Europa, decorreu na Eslovénia em 2010 um consórcio sobre este mesmo tema, organizado pela OMS. Neste foram evidenciadas várias preocupações relativas às IST no continente europeu:

- **A variabilidade da qualidade, acesso e disponibilidade dos cuidados de saúde associados às IST, bem como a integração destes serviços com o restante sistema de saúde.** Por exemplo, nos Países Baixos, os cuidados associados às IST podem ser prestados num contexto de cuidados primários e, portanto, acessíveis facilmente a toda a população, enquanto que em muitos países da Europa de Leste estes são prestados apenas por dermatovenereologistas especializados, sendo o acesso mais restrito e as barreiras burocráticas imensas. Neste consórcio concluiu-se que uma abordagem mais semelhante à adotada nos Países Baixos seria benéfica, especialmente para as populações em risco – homens que têm sexo com homens (MSM), trabalhadores do sexo, toxicodependentes, populações de minorias sociais entre outros.²⁰
- **A heterogeneidade dos programas de vigilância das IST e do comportamento sexual,** nomeadamente em termos da obrigatoriedade e universalidade da vigilância e da sensibilidade e especificidade dos testes diagnósticos adotados. Como seria de esperar estes aspetos são determinantes na qualidade dos indicadores de SRS dos países e podem afetar a tomada de decisão política e, conseqüentemente, a adequação dos programas de saúde às necessidades da população. Para fins de comparabilidade, neste consórcio concordou-se que uma homogeneização destes programas seria benéfica.²⁰
- **O aumento da resistência antibiótica da *Neisseria gonorrhoeae*.** Na maioria da Europa as tetraciclínas, penicilinas e quinolonas deixaram de ser eficazes. As

cefalosporinas de largo espectro continuam a ser ativas, mas o aumento progressivo das concentrações inibitórias mínimas é preocupante pela inexistência de outras alternativas terapêuticas caso estes fármacos deixem de ser eficazes. Foi realçada a importância da inclusão da gonorreia faríngea nos programas de vigilância que pela sua clínica frequentemente inexistente representa um reservatório e possível fonte de disseminação não controlada.²⁰

- **O impacto do paradigma legislativo no controlo e prevenção das IST.** Vários fatores legais foram realçados como sendo desfavoráveis à melhoria deste panorama: a inexistência de programas de IST baseados na evidência e com respeito pelos direitos humanos, a criminalização de comportamentos de risco, os rastreios compulsivos, a exclusão de populações de risco – como adolescentes, imigrantes ilegais e minorias étnicas - dos sistemas de saúde gratuitos e a obrigatoriedade, em alguns países, de “passaporte de saúde” em indivíduos com IST ou em risco. Pelo contrário, exemplos como o dos Países Baixos - com a legalização do trabalho do sexo – e o da Suíça – com a descriminalização da transmissão do VIH - foram destacados como sendo benéficos no controlo e prevenção das IST.²⁰
- **A tendência preocupante do declínio de financiamento para os programas de SRS em alguns países.** ²⁰

A SRS e as doenças crónicas

As doenças crónicas (DC) representam um grave problema de saúde pública, sendo responsáveis por 36 milhões de mortes todos os anos, das quais mais de 9 milhões ocorrem antes dos 60 anos. Dos vários continentes do mundo, a Europa é a mais gravemente afetada pelas DC sendo a principal causa de morte e de incapacidade. Apesar de ser uma situação já de

proporções epidémicas, espera-se, ainda assim, um crescimento causado pelo envelhecimento da população e pela globalização de estilos de vida pouco saudáveis associados à rápida urbanização e mudanças económicas. As principais DC consideradas pela OMS são as doenças cardiovasculares, diabetes mellitus, neoplasias e doenças respiratórias crónicas. Adicionalmente, podemos considerar a doença mental e as doenças musculoesqueléticas como sendo também significativas no panorama global.²¹

De uma perspetiva da SRS isto significa que um maior número de mulheres em idade reprodutiva estará propenso a vir a sofrer de uma DC e, conseqüentemente, o aconselhamento e seguimento destas mesmas mulheres terá que se adaptar a novas patologias e estilos de vida. Desta forma são de salientar alguns aspetos em mudança na atual sociedade europeia que requerem adaptação por parte do profissional de saúde:

- o aumento da prevalência de DC em idades cada vez mais jovens, com especial atenção para a população adolescente;
- os perfis de segurança de novos métodos contraceptivos nas DC e conseqüente adesão ao método;
- o impacto da DC da mulher na fertilidade, no ciclo de vida reprodutivo e nos resultados obstétricos e pediátricos;
- o efeito das várias doenças crónicas no desejo e capacidade de paternidade.²²

Estes temas têm sido uma grande prioridade da investigação científica, mas existe ainda muito caminho a percorrer enquanto se desvendam novas associações entre DC e SRS. Uma exploração exaustiva destas mesmas associações foge ao âmbito deste trabalho.

No entanto, não se pode deixar de salientar um vínculo especial entre estes dois aspetos da saúde: a oportunidade que o contacto com os serviços de SRS oferecem no diagnóstico precoce e seguimento da doença crónica. De facto, a saúde reprodutiva pode ser entendida e utilizada

como uma sentinela para a doença crónica na mulher já que muitos dos mecanismos que contribuem para o desenvolvimento de DC – como inflamação, vasculopatia, angiogénese, trombose, resistência insulínica e perfis endócrinos aberrantes – também estão na base de padrões menstruais anormais, infertilidade feminina e complicações obstétricas como parto pré-termo ou restrição de crescimento fetal. Desta forma, entende-se que a SRS da mulher oferece um vislumbre precoce do potencial de doença da mulher.²³ Além disso, a SRS é um motivo que inevitavelmente leva a mulher a recorrer aos serviços de saúde, funcionando como uma forma de a atrair à inclusão no circuito de vigilância das restantes áreas dos programas nacional de saúde. Este aspeto tem especial importância nas populações que apresentam uma variedade de barreiras sociais, legais e culturais no acesso a serviços de saúde e que, por motivos inerentes ao próprio desenho destes programas, são difíceis de alcançar através das infraestruturas de saúde existentes, como é o caso dos imigrantes, adolescentes e minorias étnicas.⁷

Paradigma atual da contraceção na Europa

Esta secção pretende esclarecer falsas crenças e proceder a uma revisão e sistematização das mais recentes atualizações nas práticas contracetivas decorrentes não só da inovação científica como também da evolução política, económica e social.

LARC: o epicentro da mudança

A evolução em matéria de farmacologia, na qual se inclui a contraceção, sempre se focou em dois aspetos: maximizar a eficácia reduzindo, simultaneamente, os efeitos adversos. Desde cedo se percebeu qual seria o caminho a percorrer, mas apenas na década de 2000 se lançaram os fundamentos científicos que permitiriam a aproximação ao cumprimento desse objetivo.¹

Durante muitos anos as únicas opções contracetivas eram utilizador-dependentes sendo este fator indicado como o principal responsável pelos casos de insucesso de métodos que de outra forma eram altamente eficazes. Por outro lado, a contraceção disponível foi alvo de vários surtos de polémica em relação à sua segurança, pelo que sempre foi encarado com algum cuidado em termos de efeitos secundários. Por estes motivos, não será de estranhar que com o desenvolvimento de novos métodos altamente eficazes e que apresentam um perfil de segurança superior aos até então disponíveis, o entusiasmo científico os tornasse o centro das atenções.²⁴

De facto, através da avaliação das várias edições dos Critérios Médico de Elegibilidade para o Uso Contracetivo (CME) da OMS é de notar, de uma forma global, a liberalização da utilização dos LARC.²⁵⁻²⁸ Além disso, inúmeros estudos e artigos são quase uma “ode” a estes métodos, louvando as suas infinitas vantagens e citando-os como a solução última para o problema da gravidez indesejada. Efetivamente, toda esta exaltação foi já traduzida em termos práticos nas recomendações de algumas sociedades, que aconselham os LARC como primeira linha em todas as mulheres sem contra-indicações.²⁴ Ainda assim, alguns entraves a uma ainda maior

disseminação destes métodos são reconhecidos pela comunidade científica. De entre estes obstáculos destacam-se:

- a falta de informação e ceticismo dos profissionais de saúde, sobretudo dos não especialistas em planeamento familiar (NEPF) que mantêm falsas crenças em relação a alguns aspetos dos novos métodos, especialmente relativos a efeitos secundários, risco de IST, gravidez ectópica, infertilidade pós-método e o uso em determinadas populações especiais;
- a escassa prática dos NEPF na inserção dos LARC;
- a falta de informação e falsas crenças das utilizadoras, que determinam a ainda reduzida procura destes métodos e
- o custo ainda elevado destes métodos que desmotivam a criação de sistemas de comparticipação e, conseqüentemente, desincentivam a sua utilização.²⁹

Mas apesar destes aspetos, tanto positivos como negativos, o facto é que, desde o seu aparecimento, os LARC têm sido consistentemente apontados como primeira linha em várias populações e situações nas quais inicialmente se pensava serem opções secundárias ou mesmo contraindicados. As próximas páginas deste trabalho focar-se-ão precisamente nas modificações de paradigma nestas populações específicas, abordando maioritariamente os LARC, mas também, sempre que for considerado oportuno, outras mudanças de paradigma tecnológico, político e social que se tenham verificado.

O novo paradigma da contraceção na adolescência

A OMS define “adolescente” como um indivíduo de idade compreendida entre os 10 e os 19 anos os quais, por esta definição, representam cerca de um quinto da população mundial. Mas mais do que um intervalo de idades, a adolescência é uma fase de mudança física, cognitiva,

emocional e comportamental, tornando-a num período-chave para a intervenção a todos estes níveis.³⁰ Por esse motivo se tem dado tanta importância ao tema da educação sexual (ES) nas escolas. No entanto, esta discussão parece continuar a ser orientada maioritariamente por razões emocionais mais do que por argumentos racionais e científicos. Além do mais, pelas ainda grandes diferenças políticas e sociais a este nível, apesar de a maioria dos países europeus implementarem alguma forma de ES, há grandes desigualdades inter-regionais e internacionais.^{31,32} No caso de Portugal, por lei a ES é mandatória em todas as escolas, estando também definidos os principais objetivos e duração da mesma.³²

Por toda esta “delicadeza” biológica, psicológica e social que é própria da fase da adolescência as recomendações contraceptivas têm particularidades direcionadas para abordar problemáticas específicas como a sexualidade da adolescente, a especial seriedade da gravidez não desejada, a dificuldade de acesso a contraceção (e respetivas implicações na adesão e seguimento) e o risco de IST.³³

Desde o início do milénio que os métodos mais recomendados nesta população são o preservativo masculino e os contraceptivos hormonais, com especial enfoque nos estroprogestativos. Já se considerava possível a utilização dos LARC (DIU, SIU e implante) mas sempre com alguma reserva, sendo recomendado um exame clínico especialmente detalhado se estes métodos estivessem a ser considerados. Mais tarde, e com a corroboração das novas recomendações do *American Congress of Obstetricians and Gynecologists*, foram consideradas as várias vantagens dos LARC para as adolescentes e comprovada a sua hegemonia em vários aspetos: a menor necessidade de adesão, a sua elevada eficácia e o facto de serem discretos. Adicionalmente, têm menor probabilidade de serem descontinuados no caso de a adolescente não comparecer às consultas, o que é muito frequente nesta população. Os restantes métodos não hormonais não são recomendados pois pela maior espontaneidade das relações sexuais e, por vezes, a dificuldade na correta utilização determinam uma menor

eficácia contraceptiva o que, nesta idade de maior fertilidade, pode mais facilmente levar a um desfecho não pretendido.³³⁻³⁶ No entanto, em adolescentes com elevado risco de IST ou VIH positivas a utilização do preservativo masculino é de recomendação obrigatória, sendo uma contraceção dual a mais indicada nesta situação.^{37,38}

Qualquer prescrição de contraceção requer, como na população geral, a certeza de que a adolescente não está grávida o que pode ser assegurado pela abstinência sexual ou utilização sistemática do preservativo previamente à prescrição, pela iniciação do método durante a menstruação ou, em última análise, pelo doseamento de β -hCG.³³

Contraceção estroprogestativa

Nenhum contraceptivo estroprogestativo é desprovido de risco tromboembólico (RTE) e, apesar de esses eventos serem mais raros nesta população pela habitual ausência de fatores de risco concomitantes, esse paradigma começa a mudar, em concordância com a modificação de hábitos e, conseqüentemente, do perfil de patologias das adolescentes. Logo, e como na mulher adulta, qualquer fator que aumente o RTE é uma desmotivação, se não for mesmo contraindicação, para a prescrição destes métodos. Por estes motivos, e apesar de, na prática, estes eventos serem raros nesta faixa etária, deve optar-se por um estroprogestativo de segunda geração como primeira linha. No que concerne o risco neoplásico, as complicações relacionadas com a toma de contraceção estroprogestativa nesta idade são muito pouco frequentes.³³ Quanto ao impacto no perfil metabólico e ósseo da adolescente não parece existir uma associação clara entre a toma de estroprogestativos e eventos adversos.³⁹

Apesar destas desvantagens, é na adolescente que a contraceção hormonal combinada apresenta maiores benefícios no controlo de sintomatologia e patologia mais frequente nesta população, nomeadamente dismenorreia, irregularidade menstrual, menorragias, e sinais de hiperandrogenismo.³³

Contraceção progestativa e DIU de cobre

Os contraceptivos orais (CO) progestativos podem estar indicados quando um estroprogestativo não é tolerado ou quando há contra-indicações ao mesmo. No entanto as limitações de eficácia em caso de esquecimento são, nesta população, um grande desmotivador da sua utilização. Dá-se então preferência a outras vias de administração, como o SIU e o implante.³³

Contrariamente ao que se pensava inicialmente o DIU e o SIU na adolescente: (1) causam apenas um aumento transitório do risco de doença inflamatória pélvica que ao fim de 20 dias retorna ao valor-base, (2) não aumentam o risco de infertilidade (3) podem ser inseridos sem dificuldade técnica em nulíparas e (4) raramente são expulsos. No entanto, no momento da inserção devem ser excluídas infeções génito-urinárias ativas e a adolescente deve ser alertada para a alteração de padrão menstrual que irá ocorrer e estar de acordo com isso. Da mesma forma os implantes são perfeitamente seguros e indicados na adolescente.³⁶ Já as injeções de acetato de medroxiprogesterona estão pouco estudadas nesta população, nomeadamente no que toca aos efeitos de hipostrogenismo e, por isso, devem ser reservados para última linha.³³

Em suma, a adolescência não representa por si só uma contra-indicação para nenhum método contraceptivo, no entanto deve-se preferir uma abordagem dupla: o preservativo masculino, pelo elevado risco de IST nesta população, e um método de elevada eficácia, cuja escolha deve ser guiada pelas preferências da utilizadora e por eventuais comorbilidades que esta possa já apresentar, de acordo com as recomendações para a população geral.

A contraceção no pós-parto, após interrupção da gravidez e durante a amamentação

O período pós-parto apresenta especificidades que afetam largamente a escolha de método contraceptivo. A sua utilização depende de vários fatores incluindo o retorno à fertilidade, o reinício da vida sexual e o desejo de alargar o intervalo intergenésico. A grande “revolução”

anatômica, fisiológica e psicológica que ocorre no corpo da mulher durante a gravidez e durante o puerpério guiam o diálogo e o aconselhamento contraceutivo. Otimizando o planejamento familiar neste período reduzir-se-ão, idealmente:

- as gravidezes indesejadas nesta fase que representam ainda uma grande percentagem das interrupções voluntárias da gravidez (IVG);
- a morbimortalidade materno-fetal que decorre de gravidezes e/ou IVG demasiado próximas temporalmente;
- a prevalência da ideia de que as relações sexuais desprotegidas são seguras durante o período de amenorreia da lactação (PAL).⁴⁰

Para este efeito é necessário ter em mente que nem todas as mulheres passam pelo período puerperal da mesma forma. Em mulheres que não amamentam, a primeira ovulação ocorre em média aos 39 dias pós-parto, mas já foram reportados intervalos tão curtos como 25 dias e tão longos como 69 dias. Em mulheres que amamentam geralmente este período é mais longo, mas é altamente dependente das características da amamentação: duração, frequência e exclusividade. Além disso, a ovulação precede o retorno da menstruação. O retorno à atividade sexual é altamente variável, mas parece ser mais dependente de fatores relacionados com o parto (episiotomia, instrumentação, via de parto), apesar de fisiologicamente a amamentação poder afetar o desejo sexual. Por todos estes motivos que denotam alta variabilidade interindividual, se não for utilizada contraceção imediata no pós-parto, convencionou-se o início de contraceção até aos 21 dias.⁴⁰ Ora, em alguns países europeus, este prazo não coincide com a consulta de puerpério, que costuma ocorrer às 6 semanas. Por isso, é habitual a prescrição ocorrer logo na maternidade, sendo explicado à mulher como deve proceder para iniciar o método.⁴¹ Em Portugal, de acordo com o plano nacional para a vigilância da gravidez de baixo risco (Direção-Geral de Saúde), está preconizada uma consulta de revisão do puerpério que são

realizadas em articulação e complementaridade com as consultas de saúde infantil. Em puerpérios que decorram sem complicações esta ocorrerá entre a 4.^a e 6.^a semana pós-parto, mas algumas situações podem determinar a necessidade de uma consulta precoce, nomeadamente mulheres em extremos da idade reprodutiva, necessidade de avaliação da ferida cirúrgica, dificuldades no estabelecimento e manutenção do aleitamento e outras situações sinalizadas pelo hospital. Relativamente às intervenções a realizar nesta consulta apenas é referido o reforço das vantagens do início da contraceção, fazendo a ressalva que esta questão deve ser discutida durante a gestação.⁴² O que na boa prática acontece é a prescrição de contraceção ainda na maternidade.

As particularidades fisiopatológicas do puerpério com impacto na escolha de método contraceptivo que merecem destaque são o RTE, os riscos relacionados com o DIU/SIU e a amamentação. Apesar da escassez de estudos específicos sobre este período há algumas informações a considerar.

Risco tromboembólico

É consensual que o RTE está aumentado no período pós-parto imediato, sendo máximo às 3 semanas. Já quanto ao intervalo de retorno ao limite basal existe algum debate entre as 6 e as 12 semanas.⁴⁰ Recentemente, um artigo relacionou de forma robusta o RTE no pós-parto com o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional e o aumento de peso gestacional.⁴³

Desta forma, no período pós-parto o início de contraceção estroprogestativa deve ser adiado até às 6 semanas, altura em que o RTE começa a diminuir. No entanto, devido à falta de concordância neste prazo, é consenso profissional que o seu uso entre as 6 e 12 semanas deve ser bem ponderado e altamente vigiado. Além disso, em qualquer prazo a sua prescrição deve suceder a uma reavaliação do RTE, sendo dada a preferência a formulações orais contendo progestativos de segunda geração ou, em última análise, norgestimato.⁴⁰

Neste aspeto, é de dar preferência à contraceção unicamente progestativa (oral, implante, SIU) que demonstrou segurança no pós-parto imediato. De ressaltar a exceção dos progestativos injetáveis que não são recomendados.⁴⁰

Apesar destas opções, caso haja história de um evento tromboembólico prévio, qualquer que seja a sua localização ou data de ocorrência, é prática comum que o início de contraceção hormonal com estroprogestativos seja adiado até que empiricamente se considere que o RTE voltou ao valor basal. Neste período pode ser interessante optar por métodos não-hormonais.⁴⁰

Riscos relacionados com o DIU

Atualmente os CME consideram que os DIU/SIU inseridos imediatamente após o parto, ou seja, em menos de 48h, são indicados e seguros, fazendo a ressalva da amamentação, como falaremos a seguir.²⁷ Esta recomendação foi baseada numa revisão sistemática que determinou que o benefício desta inserção precoce superava o risco de expulsão do dispositivo.⁴⁴ No entanto, se essa inserção atrasar mais do que 48h após o parto, deve ser adiada até às 4 semanas. Após as 4 semanas a inserção é de novo segura.²⁷

Durante o período pós-parto, a principal causa de readmissão hospitalar antes das 6 semanas é infecciosa (endometrite, celulite, fascíte necrotizante, pneumonia, colecistite e apendicite) e são mais frequentes após uma cesariana, representado este procedimento o fator de risco mais importante podendo levar a um risco de infeções graves 5 a 20 vezes superior.⁴⁵ Por ter o potencial de ser uma situação muito grave os CME destacam a contraindicação da inserção de DIU/SIU caso estejamos perante uma situação infecciosa.²⁷

Amamentação

O debate sobre os efeitos dos contraceptivos hormonais sobre os padrões de amamentação e a segurança da exposição do recém-nascido aos esteroides tem vindo a ser constante, não se

chegando, no entanto, a conclusões robustas. A solidez dos estudos publicados é pouca e, por isso, as recomendações são desenvolvidas de uma forma mais cautelosa.^{27,46}

Apesar de toda esta polémica parece haver maior concordância sobre os efeitos dos contraceptivos hormonais combinados (CHC). De facto, vários estudos reportaram uma diminuição média do tempo e dos padrões de amamentação e maiores taxas de suplementação com fórmulas em mulheres que iniciam estroprogestativos antes dos 6 meses. Assim, as recomendações vão ao encontro destes achados, contraindicando CHC até às 6 semanas e desencorajando a sua utilização até aos 6 meses. Mesmo após este prazo a recomendação é de que havendo a possibilidade de usar outro método os CHC devem ser considerados segunda linha.^{27,40,41,46}

Já para os métodos exclusivamente progestativos a perspectiva é mais animadora. Tanto os progestativos orais como os implantes e SIU não têm sido associados a alterações da amamentação e por isso são os métodos de eleição em mulheres a amamentar.^{27,40,46} De ressaltar que excepcionalmente até às 6 semanas o uso de progestativos injetáveis é desencorajado. Dada a preocupação teórica dos riscos da potencial exposição do recém-nascido ao DMPA/NET-EN durante esse período. No entanto, se este for o único método disponível este pode ser considerado.²⁷

Contraceção pós-aborto médico ou cirúrgico

A atual evidência aponta no sentido da segurança da maioria dos métodos, sendo apenas de evitar, pelo maior risco de expulsão, a contraceção intrauterina se a interrupção da gravidez se tenha dado no segundo trimestre, estando esta completamente contraindicada caso tenha ocorrido no terceiro trimestre. Caso a interrupção tenha ocorrido no primeiro trimestre o DIU/SIU é seguro.²⁷

Os CHC, bem como os progestativos orais, injetáveis ou o implante podem ser iniciados imediatamente após o aborto pois não se detetou um aumento das complicações nem uma alteração significativa nos parâmetros de coagulação quando comparado com placebo.²⁷

Contraceção não-hormonal

O uso de métodos naturais e de barreira, com exceção do preservativo masculino, deve ser evitado no pós-parto/pós-IVG pela elevada taxa de insucesso e pela irregularidade dos ciclos neste período. O preservativo masculino deve ser tido sempre como uma das escolhas em mulheres com elevado risco de IST apesar de não ser o método mais eficaz na evicção da GNP.⁴⁷

A inserção de DIU de cobre, como explicado anteriormente, é segura antes das 48h e após as 4 semanas. As questões infecciosas são sobreponíveis às do SIU. No entanto, pelo facto de não conter hormonas de todo, pode ser preferido pela mulher.^{27,40}

A esterilização no pós-parto está associada a um menor risco de doença inflamatória pélvica e uma diminuição do risco de neoplasia do ovário. É particularmente interessante em mulheres submetidas a cesariana pela possibilidade de associação dos dois procedimentos num mesmo tempo cirúrgico.⁴⁸

Sistematizando, os critérios médicos de elegibilidade da OMS para o período pós-parto estão resumidos na tabela 1 do anexo 1.

As novas orientações para a perimenopausa

O período de flutuação da função ovárica que culmina com a sua cessação é denominado de perimenopausa. Normalmente tem a duração de 2-3 anos e é mais frequente no final da 5.^a ou

no início da 6.^a década de vida. Na ausência de contraindicações médicas, a maioria das mulheres na perimenopausa beneficiarão da utilização de contraceção hormonal.⁴⁹

Apesar de, segundo os CME, nenhum método ser contraindicado com base exclusivamente na idade da utilizadora²⁷, durante este período várias especificidades devem ser consideradas:

- apesar de a fertilidade começar a diminuir gradualmente no início da 4.^a década de vida a mulher mantém algum grau de fertilidade nesta fase;⁴⁹
- são comuns as alterações no padrão menstrual, sendo muito frequentes hemorragias intensas e imprevisíveis;⁴⁹
- os sintomas vasomotores (palpitações, suores noturnos e *flushing*) são experienciados por cerca de 80% das mulheres neste período afetando a qualidade de vida da mulher;⁴⁹
- apesar de o risco global do uso de contraceção na menopausa ser baixo, são de considerar o aumento do risco relacionados com a idade, nomeadamente de doença arterial e venosa e de neoplasia;⁴⁹
- as complicações, maus desfechos obstétricos e comorbilidades maternas – como diabetes gestacional e *mellitus*, hipertensão da gravidez e crónica e eclâmpsia – são mais frequentes na gestação na perimenopausa.⁵⁰

Progestativos

Ainda que o planeamento familiar seja personalizado e de, em última análise, ser uma escolha da utilizadora, o paradigma tende para a preferência pelos LARC, com especial destaque para o SIU. Este proporciona o melhor balanço entre controlo de ciclos e efeitos secundários, não havendo associação com aumento do RTE ou do risco de neoplasia da mama tendo, adicionalmente, algum efeito protetor no cancro do endométrio.^{51,52} O novo SIU com apenas 14µg/dia de LNG foi recentemente testado para este contexto tendo obtido resultados

semelhantes ao de 20µg/dia. Por estes motivos o SIU progestativo tem-se afigurado como uma alternativa viável e talvez mais vantajosa face à esterilização.⁵¹ Infelizmente, não oferece vantagens no controlo de sintomas climatéricos pelo que em mulheres nessa situação apresentam-se duas opções: a utilização de CHC com todos os riscos e benefícios que esses métodos acarretam, como vamos discutir abaixo, ou a associação com suplementação estrogénica sistémica em baixa dose. Esta segunda opção é especialmente interessante em mulheres que desenvolvem sintomas climatéricos posteriormente à inserção do SIU.⁵³

Os restantes métodos progestativos não parecem ter um efeito amenorreico tão marcado, apresentado maiores taxas de mau controlo de ciclo. Adicionalmente, e especificamente no caso dos progestativos injetáveis, tem-se verificado uma aceleração na diminuição da densidade mineral óssea nas mulheres a fazer este tipo de contraceção o que, nesta população específica, pode ter efeitos nefastos a longo-prazo. Além disso, para este mesmo método, o RTE parece não ser tão baixo como nos restantes progestativos exclusivos. No entanto, os efeitos secundários do implante e do progestativo oral são genericamente sobreponíveis aos do SIU.^{51,52}

Contraceptivos hormonais combinados

Quanto aos CHC estes apresentam o mesmo perfil de eficácia e segurança entre si que, nesta população em especial, devem ser ponderados com maior cuidado.

Os estudos disponíveis relativos ao risco de neoplasia da mama sugerem um aumento deste risco durante a utilização de CHC que diminui progressivamente com a descontinuação e que ao fim de 10 anos retornou ao valor-base. Apesar deste facto o seu uso é desencorajado em mulheres com história pessoal de neoplasia mamária, embora caso haja apenas história familiar estes possam ser usados. Em mulheres com mutação BRCA o seu uso é completamente

contraindicado, exceto, em última linha, se estas tiverem sido submetidas a mastectomia profilática.^{51,52}

Relativamente ao risco de cancro do colo do útero sabe-se que este aumenta com a duração da utilização e diminui com a subsequente descontinuação. O fator responsável por este efeito é desconhecido, mas pensa-se que os CHC poderão atuar como cofator na infeção por vírus do papiloma humano (HPV). O efeito da vacinação contra o HPV neste mecanismo ainda não foi avaliado. Em mulheres vigiadas e com acesso a programas de rastreio do cancro do colo do útero, as vantagens da utilização de CHC geralmente ultrapassam os riscos.^{51,52}

No que concerne a doença arterial, a preocupação costuma estar associada aos resultados nefastos que dali podem resultar. No entanto, em mulheres normotensas, não fumadoras e sem outros fatores de risco o seu uso não é contraindicado. Já em mulheres com fatores de risco – fumadoras com mais de 35 anos, hipertensas, com história de doença arterial, cefaleia migranosa ou aura e síndrome do anticorpo antifosfolípídeo – o seu uso é desaconselhado.^{51,52}

Adicionalmente, segundo um estudo de coorte dinamarquês, sabe-se que os CHC não orais – especialmente o sistema transdérmico mas em menor escala também o anel vaginal – podem apresentar um risco cardiovascular maior, com um risco relativo de 3,2 e 2,5 respetivamente, quando comparados com os COC que representam um risco relativo de entre 0,9 (EE+drospirenona) e 2,3 (EE+noretinedrona) consoante o progestativo associado.⁵⁴

Finalmente, o RTE nestas mulheres representa o principal desmotivador da utilização de CHC. Estes são contraindicados em mulheres obesas, sedentárias ou com história pessoal ou familiar de tromboembolismo venoso. Além disso, mais uma vez, o risco parece ser maior nos sistemas transdérmicos e no anel vaginal, bem como nas formulações com progestativos de terceira geração.^{51,52}

Apesar destes riscos, que não devem ser desprezados, os CHC apresentam vantagens com especial interesse na perimenopausa nomeadamente a alta eficácia, o bom controlo de ciclo e de hemorragia menstrual, a redução da intensidade e frequência dos sintomas vasomotores e a proteção contra as neoplasias do ovário e do endométrio. Quanto ao controlo de ciclo, apesar de este ser bastante bom, não supera o obtido com o SIU. De forma análoga o efeito na densidade mineral óssea é positivo mas é mais marcado na mulher em hipostrogenismo, sendo quase inexistente nas restantes. Além disso, os estudos relativos à proteção neoplásica são maioritariamente realizados com formulações contendo 35µg de EE que caíram em desuso, não sendo claro se o efeito se mantém com doses mais baixas nem se depende de alguma forma do progestativo utilizado. Adicionalmente sabe-se que este efeito protetor parece aumentar com a duração de utilização e mantém-se mesmo após a suspensão.^{51,52}

Contraceção não-hormonal

Nesta população, como em todas, os métodos de barreira são recomendados na prevenção das IST, ressalvando apenas a menor eficácia contraceptiva quando comparado com os métodos hormonais. O diafragma deve apenas ser recomendado com última linha pela dificuldade de utilização correta e conseqüente elevada taxa de insucesso. Já os métodos naturais, baseados no conhecimento dos períodos férteis, não são recomendados devido à instabilidade do ciclo característica desta fase da vida da mulher. Caso a utilizadora opte por estes métodos deve ser fornecida informação sobre contraceção de emergência.^{48,51,52}

O DIU de cobre, altamente eficaz, apresenta algumas vantagens nesta população como a não utilização de hormonas e a sua maior durabilidade, o que implica que sendo inserido por volta dos 40 anos pode permanecer *in situ* até à menopausa. No entanto, o menor controlo de ciclo com elevada frequência de *spotting* abundante pode ser um desmotivador à sua utilização com especial relevância na perimenopausa.^{48,51,52}

A esterilização continua a ser um dos métodos preferidos das mulheres desta faixa etária. No entanto, este paradigma está a mudar com o surgimento dos LARC. Este procedimento pode ser realizado por laparoscopia ou por histeroscopia, com as vantagens da segunda sobre a primeira sendo, obviamente, a menor invasividade do procedimento. De facto, este método é eficaz e genericamente seguro considerando o risco cirúrgico, mas não tendo efeito sobre os sintomas da menopausa. É de especial relevância na perimenopausa pela questão da irreversibilidade.^{48,51,52}

Em suma, as recomendações contraceptivas na perimenopausa estão esquematizadas sob a forma de algoritmo, representado na figura 1.

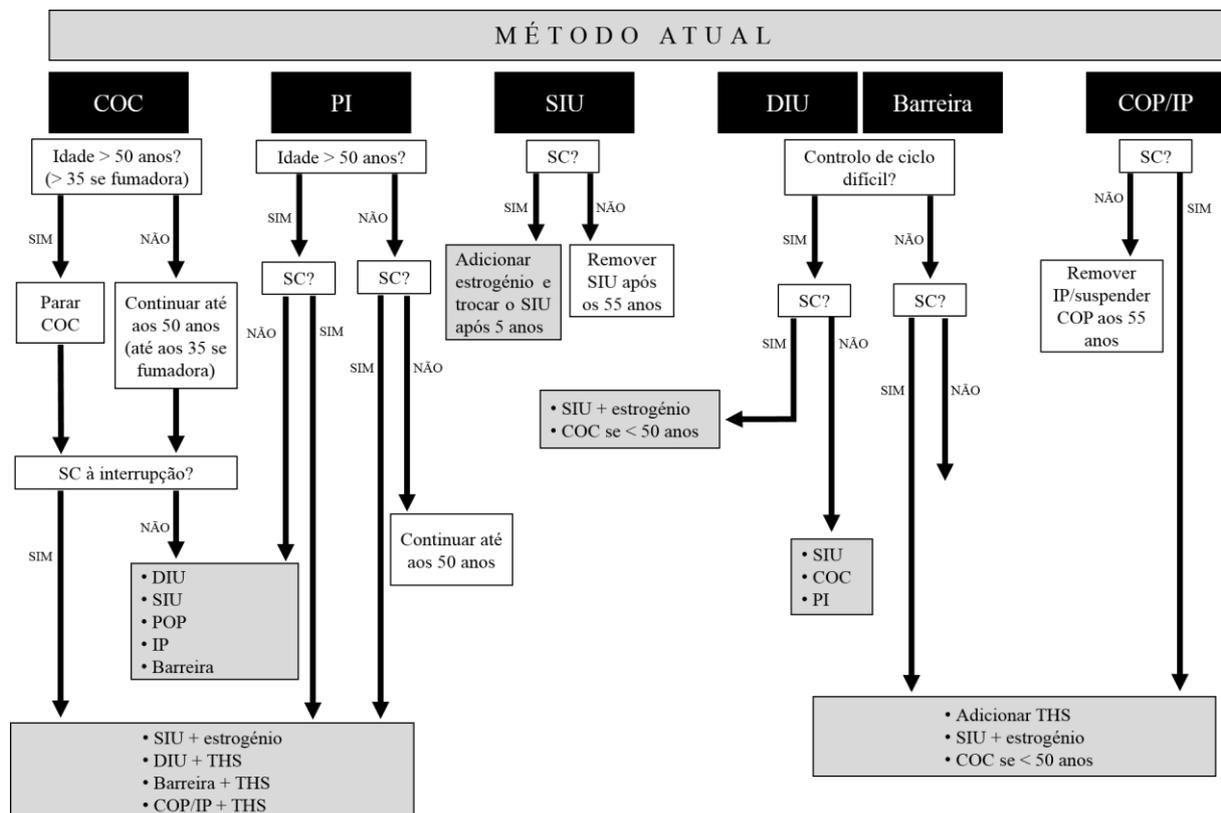


Figura 1 – Algoritmo das recomendações para a contraceção na perimenopausa. Assume-se que a mulher necessita de contraceção e pretende recorrer a hormonas para o controlo de sintomas climatéricos. COC – contraceptivos orais combinados, PI – progestativo injetável, SIU – sistema intrauterino, DIU – dispositivo intrauterino, COP – contraceptivo oral progestativo, IP – implante progestativo, SC – sintomas climatéricos, THS – terapêutica hormonal de substituição.

A polémica da contraceção na mulher obesa

A “epidemia da obesidade” continua a aumentar principalmente, mas não exclusivamente, nos países desenvolvidos. Justificado pelo facto que a mulher obesa apresenta um RTE base mais elevado do que a mulher de peso normal, risco esse que aumenta exponencialmente durante uma gravidez, é essencial ter conhecimento sobre as especificidades desta população para que o planeamento familiar seja otimizado, com a potenciação da eficácia e minimização dos riscos contraceptivos. Dada a relevância deste tema a Sociedade Europeia de Contraceção (SEC) emitiu um consenso onde revê o estado da arte da evidência, tendo em linha de conta os CME. Para efeitos de discussão consideram-se as categorias de IMC da OMS.⁵⁵

Contraceção hormonal combinada

Apesar do que se pensava, a principal preocupação no que toca à CHC, além do RTE, não é o seu potencial efeito de aumento de peso, mas a menor eficácia e maior risco na população obesa, especialmente em formulações com EE. Por ser uma molécula muito recentemente introduzida, ainda não há estudos sobre a segurança do estradiol nesta população.^{55,56}

Relativamente à eficácia, vários estudos têm sido realizados e a discordância de resultados tem sido muita. A SEC concluiu então que não parece haver um efeito significativo da obesidade sobre a eficácia dos COC. Fazem a ressalva que os dados são especialmente limitados para as classes II e III e acrescentam que não se pode excluir um pequeno incremento no insucesso contraceptivo para $IMC > 35 \text{ kg/m}^2$. Quanto ao sistema transdérmico o paradigma é outro, estando comprovada a menor eficácia em mulheres com mais de 90kg, inclusivamente estando especificado no resumo de características do medicamento (RCM) esse peso máximo como *cut-off* da sua utilização. Não há estudos sobre a eficácia do anel vaginal na mulher obesa.^{55,56}

Em estudos de farmacocinética foram encontrados níveis sub-máximos de EE (independentes da dosagem), mas não de progestativos. No entanto este facto não se traduziu em redução da supressão ovárica, provavelmente porque o papel contraceptivo principal é desempenhado pelo progestativo. Não obstante, vários estudos relataram menor semi-vida, maior *clearance* e um atraso no *steady state* do progestativo o que deve ser tido em conta se o esquema incluir um período de placebo. Quanto ao anel vaginal, encontrou-se igualmente uma diminuição dos níveis sistémicos de EE mas não de etonorgestrel (ENG), que se mantinham estáveis ao longo das 4 a 6 semanas de utilização. Não há estudos sobre a farmacocinética do sistema transdérmico.^{55,56}

Pelas características farmacocinéticas dos COC na mulher obesa pareceria lógico que os esquemas prolongados ou contínuos melhorassem o referido atraso no *steady state*. No entanto ainda não foram encontradas evidências de superioridade destes esquemas. Apesar disso, a SEC considera a obesidade uma indicação *off-label* para a sua utilização, especialmente em casos de menor adesão.^{55,56}

Por fim, em termos de segurança os estudos comprovaram que, de facto, a CHC aumenta o RTE e cardiovascular em mulheres obesas. Desta forma a SEC recomenda a sua utilização apenas em última linha, caso outros métodos igualmente eficazes não estejam disponíveis ou não sejam aceites. Nessa situação as mulheres devem ser informadas do risco que a CHC representa para o seu caso específico.^{55,56}

Contraceção progestativa

A maioria dos estudos sobre os progestativos orais em mulheres obesas foi realizado com formulações com 75µg de desogestrel. Estes estudos não verificaram diminuição de eficácia num contexto de obesidade. Por este motivo, e por este método não representar um fator de

risco adicional para doença arterial e venosa, a SEC considera-o altamente recomendável na mulher obesa, devendo figurar entre as primeiras opções a oferecer.^{55,56}

Relativamente ao implante subcutâneo os estudos existentes focaram-se no dispositivo com etonorgestrel (ENG). Estes não encontraram efeitos adversos a nível de risco tromboembólico e cardiovascular, mas, por outro lado, detetaram uma redução da concentração plasmática de ENG. Desta forma, e apesar de não ter sido encontrada evidência epidemiológica de redução de eficácia, a SEC recomenda precaução no seu uso na mulher obesa. Adicionalmente, sugerem que, devido ao declínio mais acelerado dos níveis de ENG, a substituição mais precoce do implante pode ser interessante, recomendando-a após 24 meses, em vez do habitual período de 36 meses, especialmente em mulheres que tomam simultaneamente fármacos indutores das enzimas hepáticas.^{55,56}

Quanto aos injetáveis, tanto intramusculares como subcutâneos, a evidência indica que são eficazes tanto em mulheres com excesso de peso como em mulheres obesas. No entanto, a SEC faz a ressalva que os dados relativos ao RTE e cardiovascular associado são limitados. Adicionalmente, foi encontrado um efeito negativo na resistência à insulina e um ligeiro aumento de peso, mas os efeitos a longo-prazo destes achados permanecem por esclarecer. Ainda assim considera-se que o risco-benefício destes contraceptivos supera o dos CHC, mas a SEC recomenda a utilização em primeira linha de outros métodos progestativos.^{55,56}

Dispositivo intra-uterino e sistema intra-uterino

O DIU de cobre não afeta os parâmetros metabólicos nem o RTE. Além disso é altamente eficaz e não é afetado pelo excesso de peso, uma vez que exerce um efeito local. A SEC considera-o altamente recomendável na mulher obesa, apenas tendo como contraindicações as mesmas da população geral.⁵⁵

Já com o SIU constatou-se que os níveis plasmáticos de levonorgestrel (LNG) são inferiores na mulher obesa. No entanto, devido ao seu efeito essencialmente local não se prevê que este facto afete a eficácia contraceptiva do mesmo. Em termos metabólicos, o SIU não está relacionado com um aumento do RTE e tem um efeito desprezível no metabolismo do lípido e da glicose. Além disso, apresenta a vantagem da proteção contra a neoplasia do endométrio, uma preocupação especial na mulher obesa.^{55,56}

A mulher submetida a cirurgia bariátrica

Devido aos efeitos malabsortivos, que usualmente são um dos objetivos da cirurgia bariátrica, empiricamente o uso de métodos orais (COC e COP) não é recomendado. No entanto, várias revisões sistemáticas concluíram que, nos estudos disponíveis, não existia uma clara associação entre este tipo de cirurgia e a diminuição da eficácia dos contraceptivos orais. Em procedimentos cirúrgicos que não cursem com malabsorção não há necessidade de restringir o uso de métodos orais. Em mulheres que, após a cirurgia, retornaram a um IMC inferior a 30 kg/m² é seguro reiniciar CHC.⁵⁵

A contraceção e a terapêutica anti-retrovírica (TARV)

As mulheres representam 52% da população VIH positiva. No entanto, apesar de as mulheres apresentarem características específicas no que concerne o VIH como maior predisposição biológica para a aquisição da infeção, maior suscetibilidade à violência sexual, dificuldades na prática de relações sexuais seguras pela própria dinâmica das relações entre outras questões, os estudos sobre a TARV continuam a preterir as mulheres e a extrapolar as orientações de tratamento a partir dos resultados obtidos para os homens.⁵⁷ Desta forma torna-se relevante descrever o paradigma atual da contraceção na mulher VIH positiva relatando o efeito da TARV sobre a eficácia contraceptiva bem como o efeito da contraceção na história natural da doença.

No que concerne o primeiro ponto, apesar de os esquemas de TARV não contraindicarem a utilização de contraceção hormonal, os clínicos devem estar cientes das interações entre as duas classes de fármacos (tabela 2 do anexo).^{57,58}

Dos fármacos antirretrovirais os inibidores da integrase parecem ser o que apresentam menor potencial de interações significativas com a contraceção hormonal.^{57,58} Os CME da OMS consideram os CH, combinados ou progestativos, de primeira linha com todos os antirretrovirais exceto com o efavirenze, a nevirapina e todos os inibidores da protease. Nestas situações deve-se dar preferência aos métodos não-hormonais. Quanto aos métodos intra-uterinos, a OMS considera que deve haver precaução e monitorização apertada das complicações infecciosas destes métodos, especialmente em mulheres com contagens de linfócitos CD4+ muito baixas. Por este motivo devem ser usados em segunda linha.²⁷

Em termos de efeitos da contraceção hormonal na história natural da infeção por HIV, surgiram inicialmente alguns estudos pouco fidedignos que relatavam uma aceleração do aumento da virémia e da diminuição dos linfócitos CD4+. No entanto, ainda não foi possível replicar de forma mais robusta estes resultados e inclusivamente uma revisão sistemática de 10 estudos de coorte não encontrou relação entre estes dois fatores.^{57,59}

Adicionalmente há a considerar o efeito metabólico cumulativo da associação entre CH, infeção por VIH e TARV, uma vez que estes três fatores concorrem para alterações dos metabolismos dos hidratos de carbono, dos lípidos e do osso e os padrões inflamatório e da coagulação. Infelizmente, a informação disponível sobre este tema específico é escassa. No entanto, a literatura sugere precaução, com vigilância apertada dos indicadores metabólicos. Se possível e aceite pela mulher, deve ser dada preferência a métodos sem impacto metabólico.^{38,60}

Em conclusão, os métodos hormonais e intrauterinos são eficazes nesta população, mas tendo em conta as possíveis interações medicamentosas e complicações infecciosas devem ser

utilizados apenas se métodos “não-farmacológicos” não forem adequados ou aceites. Além disso deve ser considerada a questão das IST como favorável ao uso do preservativo masculino.^{27,57,58}

O paradigma atual da contraceção masculina

O tema da contraceção masculina é altamente relevante no paradigma atual pois: (1) apesar de toda a inovação no campo da contraceção feminina, ainda continuam a existir taxas elevadas de gravidez indesejada; (2) a eficácia dos métodos contraceptivos masculinos disponíveis já foi provada em vários estudos; (3) a mulher começa a manifestar algum descontentamento na necessidade de assumir a responsabilidade de ambos os membros do casal em matéria de contraceção e (4) em várias sondagens notou-se um aumento da vontade do homem em assumir a responsabilidade contraceptiva, com cerca de 25% dos homens dispostos a assumir essa posição. Infelizmente, há cerca de 15 anos, o paradigma social era outro e a rentabilidade destes métodos não parecia tão promissora, o que levou a indústria farmacêutica a abandonar a investigação desta matéria, ficando esta a cargo apenas de organizações sem fins lucrativos e de entidades públicas. Consequentemente o ritmo de inovação abrandou. Mais recentemente, em 2013, foi criado o Consórcio Internacional para a Contraceção Masculina (CICM), cujo objetivo é promover este tipo de contraceção em todas as suas vertentes - sociocultura e científica, atual e futura, hormonal e não hormonal e médica e cirúrgica. Posto isto, está criado o *setting* ideal para que num futuro próximo existam grandes desenvolvimentos nesta matéria.^{61,62}

Em termos tecnológicos a grande aposta de investigação tem sido no campo da contraceção hormonal pelas possíveis vantagens sobre os métodos existentes (vasectomia e preservativo masculino) como a reversibilidade completa, o facto de não interferir com a espontaneidade e prazer sexual e o seu carácter não invasivo.⁶² Neste sentido surgiram dois possíveis métodos:

- **Androgénios isolados** - sob a forma de injetáveis (intramusculares ou subcutâneos) e implantes - que mostraram bons resultados, com azoospermia em 90% dos homens asiáticos e 60% dos homens caucasianos. No entanto, as altas concentrações de testosterona resultavam em efeitos secundários perigosos, frequentes e inaceitáveis como aumento de peso, ginecomastia, aumento do RTE, aumento do risco aterogénico e vários efeitos adversos prostáticos.⁶²
- **Terapêutica combinada** com agentes não-androgénicos como progestativos (associados ou não a um anti-androgénico), estrogénios ou análogos da GnRH. Os efeitos secundários do hipoandrogenismo resultante seriam tratados com suplementação com testosterona exógena. Das hipóteses supramencionadas, a maioria do esforço de investigação recaiu sobre as combinações de androgénio com progestativo. Estas mostraram-se promissoras, com bom perfil de eficácia e segurança em vários estudos. Inclusivamente, uma revisão sistemática do CICM confirma estes ânimos. No entanto, os mais céticos referem que apesar destes resultados, ainda é necessária mais investigação e aprimoramento, especialmente no que toca aos efeitos da utilização a longo prazo.⁶²

Mais recentemente, em 2009, *Chen et al.*, descrevem o adrenoreceptor α -1A como um possível alvo terapêutico pelo seu papel na ejaculação. No entanto, não passa ainda de uma hipótese teórica baseada nos efeitos secundários dos fármacos usados para a hiperplasia benigna da próstata.⁶³

Em conclusão, apesar dos avanços que têm afigura-se ainda um longo caminho a percorrer, e as normas de orientação da Sociedade Europeia de Andrologia refletem isso mesmo, considerando a vasectomia o *gold-standard* da contraceção masculina e os métodos hormonais apenas experimentais no paradigma atual.^{61,62,64}

Contraceção de emergência: estado-da-arte tecnológico e questões de acessibilidade

A contraceção de emergência (CE) é definida como um método que pode ser usado após uma relação sexual desprotegida (RSD) com o intuito de evitar uma gravidez não-planeada. Atualmente na Europa estão disponíveis 4 métodos principais, apresentados aqui por ordem decrescente de eficácia:

- **DIU de cobre**, disponível em toda a Europa, mas que requer a inserção por um profissional de saúde treinado;
- **30 mg de Acetato de Ulipristal (AU)**, disponível desde 2010, mas apenas com prescrição médica;
- **1500 µg de LNG**, disponível em toda a Europa, exceto em Malta, e podendo ser dispensado sem prescrição em todos os países onde está disponível com exceção da Croácia, Alemanha, Hungria, Itália e Polónia.
- **Método de Yuzpe**, o método pioneiro da contraceção de emergência que consiste num CHC com maiores dosagens, mas que caiu em desuso na maioria da Europa pela sua menor eficácia quando comparado com as restantes opções. No entanto, em alguns países da Europa de Leste ainda continua a ser utilizado, embora em menor escala.^{65,66}

Encontra-se em estudo uma associação de 1500 µg de LNG com 15mg de meloxicam, um inibidor da COX-2 mas este fármaco ainda não se encontra totalmente estudado nem é comercializado, apesar da sua demonstrada eficácia.^{65,67}

Em relação ao timing de utilização da CE, é regra geral que quanto mais precocemente após a RSD for utilizada, maior será a eficácia do método. No entanto, considera-se o DIU eficaz até às 120h após a RSD, o LNG até às 72h – embora alguns autores defendam uma eficácia máxima às 24h e decrescente, mas aceitável, até às 120h – e o AU até às 120h.^{65,67}

Em termos de contraindicações, não existe nenhuma circunstância em que toda a CE seja contraindicado, uma vez que o risco de uma gravidez não-planeada supera os riscos associados a estes métodos. No entanto, pelo risco de interações farmacológicas considera-se que mulheres medicadas com fármacos que interajam com os CO “vulgares” – como rifampicina, griseofulvina e alguns anticonvulsivantes e antirretrovirais – devem optar pelo DIU como primeira linha, apesar de não existirem estudos específicos sobre este aspeto da CE. Se ainda assim estas mulheres preferirem recorrer ao LNG algumas normas sugerem a duplicação da dose. O AU é contraindicado nestas mulheres. Adicionalmente, com a exceção da situação supramencionada, as contraindicações dos CO não se aplicam à CE. A única restrição será em mulheres a amamentar que recorram ao AU. Segundo as normas europeias, este método é seguro, devendo apenas evitar-se a amamentação durante uma semana. Estas mulheres devem ser aconselhadas a usar a bomba de leite e descartando-o, de forma a manter a estimulação para a sua produção.⁶⁵

Em algumas populações especiais, existem considerações específicas a tecer. Na adolescente, a facilidade de acesso do LNG tornam-no a primeira linha. As restantes indicações são sobreponíveis à população geral.^{33,68} Na mulher obesa, mantém-se a indicação do DIU de cobre como primeira linha. No entanto, caso este não seja aceite ou esteja contraindicado, há um aspeto a realçar sobre a eficácia do LNG e do AU: ambos os métodos hormonais apresentam uma diminuição da concentração plasmática com o aumento do IMC, sendo este efeito mais marcado no LNG. Consequentemente, a eficácia destes métodos será menor nesta população. Apesar de esta associação não estar comprovada de forma robusta, aquando do aconselhamento contraceutivo de emergência, a mulher deve ser informada deste risco.⁵⁵

Têm surgido artigos que, perante a comprovação da segurança da CE, recomendam a prescrição *à priori*, de forma a que esta possa ser utilizada mais atempadamente, ultrapassando alguma barreira de acesso que se coloque. No entanto, uma revisão sistemática robusta não encontrou

benefício nesta atitude em termos de redução da gravidez indesejada. Adicionalmente, os padrões de comportamento contraceptivo ou a transmissão de IST também não variou. Não obstante, algumas recomendações, especialmente as focadas na SRS da adolescente, frisam esta medida como possivelmente benéfica. Desta forma conclui-se que poderá ser uma atitude altamente dependente da relação médico-doente e que, não sendo fonte de malefício, ficará a cargo do bom senso clínico.^{65,68,69}

A evolução dos programas de planeamento familiar na Europa

Cerca de 50 anos após o surgimento da contraceção moderna já não há dúvidas que o PF é benéfico tanto a nível individual e familiar como a nível do desenvolvimento socioeconómico nacional e internacional. Mas até se atingir este ponto de concórdia sobre as vantagens destes programas o caminho percorrido foi longo e nem sempre o correto. A tabela 1 resume as principais tendências e modificações no PF, até aos dias de hoje.⁷⁰

Tabela 1 - Tendências nos programas de PF ao longo do tempo. Adaptado de ⁷⁰

População-alvo	Inicialmente o PF era exclusivo de mulheres casadas e primíparas mas com o reconhecimento deste como um direito básico das mulheres, notou-se uma diversificação da abordagem e um maior foco em populações negligenciadas (pobres, migrantes, refugiados e grupos estigmatizados).
Objetivo	Aquando do surgimento dos primeiros programas a população encontrava-se numa fase de crescimento demográfico acelerado e, por isso, o objetivo dos mesmos era o controlo deste “boom” em vez da promoção da SRS de uma forma holística, como acontece atualmente.
Serviços disponibilizados	De acordo com os objetivos, os primeiros programas de PF eram unicamente “fornecedores de contraceção”. Mais tarde veio-se a reconhecer e a incluir outros aspetos da SRS como por exemplo rastreio de IST e neoplasias, acompanhamento da gravidez e puerpério, educação sexual, IVG e aconselhamento em paralelo com todos estes elementos.
Métodos contraceptivos	Com o desenvolvimento da contraceção moderna também os programas de PF se adequaram à nova oferta. No entanto, a inclusão de todos os novos métodos não era custo-efetiva e, por isso, algumas mulheres não têm ainda acesso ao método mais adequado por meio destes programas.
Cenários, Acessibilidade e Provedores	Inicialmente, o PF era praticado por especialistas apenas em hospitais e clínicas de PF. Mais tarde, foi reconhecida a necessidade de alargar estes cenários tendo em vista uma maior abrangência populacional e adequação aos diferentes estilos de vida. Assim, os centros de saúde e os médicos de família passaram a ter um papel central no PF. Adicionalmente, as farmácias passaram a poder dispensar contraceptivos e inclusivamente alguns passaram a ser vendidos sem prescrição médica.

Apesar desta notória evolução que em muito beneficiou a população, a própria multiculturalidade e diferente contexto histórico, político e económico dos vários países da Europa condiciona diferenças em termos de SRS dificilmente contornáveis.⁷¹

O progresso na SRS: uma área de heterogeneidade internacional

De acordo com o anteriormente relatado neste trabalho, o progresso europeu em termos de SRS tem sido globalmente positivo. No entanto, apesar deste panorama animador, não podemos esquecer que, como em tudo o que concerne o “velho continente”, a característica mais marcante no cenário da saúde na Europa é o contraste internacional e regional. De facto, os sistemas de saúde são imensamente díspares entre “a velha Europa” - constituída pelos estados-membro mais antigos, que se baseiam numa economia de mercado com base na lei de procura e demanda - e entre os novos estados-membro – representados essencialmente por países “recentemente” independentizados da URSS que se encontram ainda numa fase de transição económica. Esta dicotomia é especialmente notória na SRS e a explicação pode residir, parcialmente, na história.^{71,72}

Esta disparidade pode ser justificada pelo declínio económico da Europa Central e de Leste que se seguiu às revoluções políticas de 1989/1990. O impacto foi particularmente marcado nos países da *Commonwealth of Independent States*, cujos indicadores de produtividade caíram mais de 50%. No setor da saúde, rapidamente se tornou evidente um abismo com o declínio da esperança média de vida e um aumento da mortalidade nestes países. A SRS acompanhou as tendências com o crescimento da taxa de mortalidade materna e infantil e o aumento da incidência das IST e das IVG em contraste com a baixa prevalência de uso contraceptivo.^{71,72}

Após este retrocesso, longo foi o caminho de recuperação e, apesar de no início do novo milénio, as disparidades estarem mais esbatidas, era notório ainda algum “descompasso” entre as duas áreas da Europa.⁷¹

Em 2001, em termos de marcadores de SRS, no que concerne a mortalidade materna, os números variavam entre 10 e 40 por cada 100 000 partos. Este facto era justificável pela desigualdade no acesso a IVG segura e a cuidados obstétricos essenciais. Da mesma forma, as

estatísticas da mortalidade perinatal e neonatal variavam entre 2 e 21 mortes por cada mil nascimentos. As taxas de IVG também são indicadoras do estado da SRS de uma região sendo que nos países do leste da Europa as taxas de IVG reportadas – que se pensa subestimarem grandemente as reais - encontravam-se entre as mais altas do mundo. Este facto refletia o pouco conhecimento dos métodos de contraceção modernos e, desta forma, a prevalência do uso de contraceção era baixa, ao contrário do que acontecia nos restantes países europeus. De igual modo o panorama das IST era mais negro no Leste, incluindo a problemática da infeção por HPV e cancro do colo do útero. Por fim, e como consequência de todas as questões supramencionadas, as taxas de infertilidade aumentaram nestes países.^{71,73}

Adicionalmente, temos que considerar a SRS de populações de risco, como é o caso dos adolescentes. Neste ponto, a disparidade esbate-se, uma vez que a gravidez e IVG na adolescente representavam e representam um problema de saúde pública, mesmo nos países mais estáveis como o Reino Unido. Ainda assim, na Europa de leste este quesito tomava maiores proporções. A falta ou pouca qualidade dos programas de educação sexual e a dificuldade de acesso desta população a serviços de saúde poderia estar a contribuir para este panorama. Outra população de destaque são os migrantes. Esta questão, outrora importante, tomou ainda maior relevância atualmente, no panorama da crise migratória da Síria. De facto, esta população, já em situações “normais” difícil de abranger nos planos de SRS, aumentou exponencialmente nos países de leste o que aumenta a pressão em sistemas de saúde já por si instáveis e frágeis refletindo-se numa fraca SRS desta população específica e no declínio dos indicadores.^{71,73}

Outro aspeto é o referente ao respeito pelos direitos da mulher. De facto, tem-se notado uma associação inversa entre este fator e a estabilidade económica e social de um país, com o aumento do abuso sexual, violência doméstica, tráfico de mulheres, entre outras situações de desrespeito pelos direitos básicos da mulher em países em dificuldades económicas.^{71,73}

Tendo em conta este paradigma, em 2001 o Departamento Regional Europeu da OMS desenvolveu um documento estratégico que esclareceu alguns dos fatores que justificavam esta disparidade e que, ao mesmo tempo, serviu de base para o aprimoramento dos programas nacionais de SRS. Após 15 anos de aplicação desta estratégia, as melhorias globais e regionais dos indicadores são notórias, com uma grande diminuição do abismo entre as duas “fações” da Europa, o que não significa que alguns obstáculos sociais e políticos não persistam. De facto, com o *plateau* da evolução tecnológica, cada vez mais o foco está nos determinantes sociais da SRS e no bem-estar e direitos humanos da mulher que representam a questão central dos novos planos de ação da OMS para a SRS.⁷¹⁻⁷⁴

CONCLUSÃO

A mentalidade de vanguarda e ambiente progressista que se faz sentir na Europa levou a uma grande evolução da saúde reprodutiva e sexual e do planeamento familiar, mesmo em comparação com outros “continentes desenvolvidos” como a América do Norte e a Austrália.

Atualmente, o paradigma político, social e económico condicionou uma queda da fertilidade, um aumento da gravidez não planeada e da interrupção voluntária da gravidez, e uma maior taxa de infeções sexualmente transmissíveis, mas globalmente considera-se que a saúde reprodutiva e sexual da população melhorou. Isto deveu-se, em parte, à melhoria dos cuidados de saúde de uma forma holística. Para isto, grandes contribuições foram feitas pela OMS que atuou atempadamente no sentido de orientar a reestruturação dos programas de saúde após grandes acontecimentos históricos com relevância política como foi o caso da 2.^a Guerra Mundial, da dissolução da URSS com a queda da cortina de ferro e da constituição e constante remodelação da União Europeia, entre outros.

Infelizmente, após um período de acalmia política, social e económica, tem-se notado de novo um aumento da instabilidade e conturbação. Certamente, a forma como vemos a saúde reprodutiva e sexual não terá ainda mutado definitivamente, mas apenas o tempo revelará como estes novos acontecimentos irão moldar o nosso pensamento.

Desta forma, por toda a conjuntura social, económica e política, histórica e atual, tão característica e única do “velho continente”, concluo que o futuro se afigura risonho, com a inovação desta matéria - não apenas tecnológica, mas holística – a colocar a Europa na vanguarda da evolução da saúde reprodutiva e sexual.

ANEXOS

Tabela 1 - Resumo dos Critérios Médicos de Elegibilidade da OMS para o período pós-parto e após interrupção da gravidez.²⁷

	CHC	COP	PI	IP	SIU	DIU
Mulheres a amamentar						
< 6 semanas pós-parto	4	2	3	2		
≥ 6 semanas e < 6 meses pós-parto	3	1	1	1		
≥ 6 meses pós-parto	2	1	1	1		
Mulheres que não estão a amamentar						
< 21 dias						
Sem outros fatores de RTE	3	1	1	1		
Com outros fatores de RTE	4	1	1	1		
≥ 21 dias e < 42 dias						
Sem outros fatores de RTE	2	1	1	1		
Com outros fatores de RTE	3	1	1	1		
≥ 42 dias	1	1	1	1		
Mulheres que amamentam ou não						
< 48h após o parto, incluindo imediato					1/2*	1
≥ 48h e < 4 semanas pós-parto					3	3
≥ 4 semanas pós-parto					1	1
Sépsis puerperal					4	4
Após interrupção da gravidez						
No primeiro trimestre	1	1	1	1	1	1
No segundo trimestre	1	1	1	1	2	2
Por complicações sépticas	1	1	1	1	4	4

* consoante a mulher está a amamentar ou não. 1 = indicado sem restrições, 2 = indicado como restrições mas o benefício compensa o risco, 3 = o risco supera o benefício, 4 = contraindicado, CHC – contraceção hormonal combinada, COP – contraceção oral progestativa, PI – progestativo injetável, IP – implante progestativo, SIU – sistema intrauterino, DIU – dispositivo intrauterino, RTE – risco tromboembólico.

Tabela 2 – Interações medicamentosas entre a contraceção hormonal e a TARV.⁵⁷

Classe	ARV	Interação com CH	Modificação terapêutica
ITRN	N/A	Não se conhecem interações	N/A
IP	ATV	↑EE ↑noretinedrona	Dose máxima de EE deve ser 30 µg e deve-se evitar a noretinedrona
	ATV/r	↓EE ↑norgestimato	Dose mínima de EE deve ser 35 µg
	ATV/c DRV/c	Desconhecidas	Ponderar métodos não hormonais ou modificação da TARV
	LPV/r	↓EE ↓noretinedrona ↑etonorgestrel (implante) ↑EE transdérmico ↓norelgestromina transdérmica	Evitar COC ou modificar TARV. Implante e transdérmico: não são necessários ajustes
	Outros IP/r	↓EE ↓noretinedrona Implante: desconhecidas Transdérmico: desconhecidas	Evitar COC, implante e transdérmico ou modificar TARV.
ITRNN	EFV	↓levonorgestrel ↓norelgestromina ↓etonorgestrel (implante)	Evitar COC e implante ou modificar TARV.
	NVP	↓EE ↓noretinedrona	Evitar COC ou modificar TARV.
	RPV/ETR	↑EE	Não são necessários ajustes.
II	EVG/c	↓EE ↑norgestimato	Balançar risco-benefício da interação. Ponderar método alternativo.
	RAL/DTG	Não se conhecem interações	N/A

ITRN – inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos, IP – inibidores da protease, ATV – atazanavir, ATV/r – atazanavir potenciado com ritonavir, ATV/c – atazanavir potenciado com cobicistato, DRV/c – darunavir potenciado com cobicistato, LPV/r – lopinavir potenciado com ritonavir, IP/r – inibidores da protease potenciados com ritonavir, ITRNN – inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos, EFV – efavirenz, NPV – nevirapina, RPV – rilpivirina, ETR – etravirina, II – inibidores da integrase, EVG/c – elvitegravir potenciado com cobicistato, RAL – raltegravir, DTG – dolutegravir, COC – contraceção oral combinada, CH – contraceção hormonal, ARV - antiretroviral

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benagiano G, Bastianelli C, Farris M. Contraception: A social revolution. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2007 Jan 6;12(1):3–12. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625180601012311>
2. Lazdane G. From Sexual and Reproductive Ill-Health to Choices and Well-Being. *Entre-Nous*. 2016;(85):3.
3. Häberlen JC, Spinney RA. Introduction. *Contemporary European History* [Internet]. 2014 Nov 2;23(4):489–503. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0960777314000289
4. Fidelis M, Risch WJ, Ukrainian T, Culture W. Pleasures and Perils of Socialist Modernity: New Scholarship on Post-War Eastern Europe. *Contemporary European History* [Internet]. 2017 Oct 19;1–12. Available from: http://www.journals.cambridge.org/abstract_S096077731600031X
5. Ifversen J. Europe and European culture - a conceptual analysis. *European Societies* [Internet]. 2002 Jan;4(1):1–26. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616690220130973>
6. Bitzer J. 50Th Anniversary of the Pill--What Does This Story Teach Us? *The European journal of contraception & reproductive health care* [Internet]. 2010 Dec 22;15(S2):S6–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2010.523485>
7. Martin-moreno JM, Avery L, Persson J, Jewel G, Shawn M, Roelofs SE, et al. Causes and Consequences: What Determines Our Sexual and Reproductive Health. *Entre-Nous*. 2011;(73):4–8.

8. World Health Organization. Social determinants of sexual and reproductive health. 2010.
9. Price NL, Hawkins K. A Conceptual Framework for The Social Analysis of Reproductive Health. *Journal of Health Population and Nutrition*. 2007;25(1):24–36.
10. Lazdane G, Bryld J, Botev N, Gauthier J, Nygren K, Kohler H-P, et al. Low fertility - the future of Europe? *Entre-Nous*. 2006;(63):4–12.
11. Baird DT, Collins J, Evers JLH, Leridon H, Lutz W, Te Velde E, et al. Europe the continent with the lowest fertility. *Human Reproduction Update* [Internet]. 2010 Nov 1;16(6):590–602. Available from: <https://academic.oup.com/humupd/article-lookup/doi/10.1093/humupd/dmq023>
12. Lutz W, Skirbekk V, Testa MR. The Low-Fertility Trap Hypothesis: Forces that May Lead to Further Postponement and Fewer Births in Europe. *Vienna Yearbook of Population Research*. 2006;167–92.
13. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and Unintended Pregnancies Worldwide in 2012 and Recent Trends. *Studies in Family Planning*. 2014;45(3):301–14.
14. Helfferich C, Hessling A, Klindworth H, Wlosnewski I. Unintended pregnancy in the life-course perspective. *Advances in Life Course Research* [Internet]. 2014 Sep;21:74–86. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.alcr.2014.04.002>
15. Goossens J, Van Den Branden Y, Van der Sluys L, Delbaere I, Van Hecke A, Verhaeghe S, et al. The prevalence of unplanned pregnancy ending in birth, associated factors, and health outcomes. *Human Reproduction* [Internet]. 2016 Dec;31(12):1–13. Available from: <https://academic.oup.com/humrep/article-lookup/doi/10.1093/humrep/dew266>
16. V BD, Angelo D, Gilbert C, Rochat RW, Santelli JS, Angelo DVD, et al. Differences Between Mistimed and Unwanted Pregnancies Among Women Who Have Live Births. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2004;36(5):192–7.

17. Frost JJ, Singh S, Finer LB. Factors Associated with Contraceptive Use and Nonuse, United States, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* [Internet]. 2007 Jun;39(2):90–9. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1363/3909007>
18. Llorente-Marrón M, Díaz-Fernández M, Méndez-Rodríguez P. Contextual determinants of induced abortion: a panel analysis. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2016;50(8):1–10. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102016000100204&lng=en&nrm=iso&tlng=en
19. World Health Organization. *Global Strategy for The Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections: 2006-2015*. 2007.
20. World Health Organization Regional Office for Europe. *Scaling Up Sexually Transmitted Infection Prevention and Control in the WHO European Region*. 2011.
21. World Health Organization. *Global Status Report on Noncommunicable Diseases*. 2010.
22. Galea G, Bustreo F, Knaul FM, Bhadelia A, Beard J, Avery L, et al. Noncommunicable Diseases and Sexual and Reproductive Health. *Entre*. 2012;(75):10–2.
23. Rich-Edwards JW. Reproductive health as a sentinel of chronic disease in women. *Women's Health* [Internet]. 2009 Mar;5(2):101–5. Available from: <http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/17455057.5.2.101>
24. Shantha Kumari S. Permanent Sterilisation to Long-Acting Reversible Contraception: Is a Paradigm Shift Necessary? *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* [Internet]. 2016 Jun 1;66(3):149–53. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s13224-016-0866-2>
25. World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 2004.
26. wor. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 2009.

27. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 2015.
28. Altshuler AL, Gaffield ME, Kiarie JN. The WHO's medical eligibility criteria for contraceptive use: 20 years of global guidance. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2015 Dec;27(6):451–9. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00001703-201512000-00011>
29. Speidel JJ, Harper CC, Shields WC. The potential of long-acting reversible contraception to decrease unintended pregnancy. *Contraception* [Internet]. 2008 Sep;78(3):197–200. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010782408003211>
30. Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2016 Nov 5;21(6):417–30. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1237629>
31. Loeber O, Reuter S, Apter D, van der Doef S, Lazdane G, Pinter B. Aspects of sexuality education in Europe – definitions, differences and developments. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2010 Jun 13;15(3):169–76. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625181003797280>
32. Rocha AC, Duarte C. Factors facilitating implementation of school-based sexuality education in Portugal. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2016 Jan 2;21(1):30–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.3109/13625187.2015.1057809>
33. Amate P, Luton D, Davitian C. Contraception et adolescence. *Archives de Pédiatrie* [Internet]. 2013 Jun;20(6):707–13. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arcped.2013.03.002>

34. Black K, Lotke P, Buhling KJ, Zite NB. A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2012 Oct 26;17(5):340–8. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2012.700744>
35. Wilson SF, Degaiffier N, Ratcliffe SJ, Schreiber CA. Peer counselling for the promotion of long-acting, reversible contraception among teens: a randomised, controlled trial. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2016 Sep 2;21(5):380–7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2016.1214698>
36. The American College of Obstetricians and Gynecologists Committee Opinion. Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. Vol. 120, *Women's Health Care Physicians*. 2012.
37. Kourtis AP, Mirza A. Contraception for HIV-infected Adolescents. *Pediatrics* [Internet]. 2014 Oct 1;134(4):e1257–81. Available from: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/doi/10.1542/peds.2014-2300>
38. Kancheva Landolt N, Bunupuradah T, Chaithongwongwatthana S. Contraceptive challenges in adolescents living with or at risk of HIV. *Journal of virus eradication* [Internet]. 2016;2(2):82–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27482440> <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=PMC4965250>
39. Warholm L, Petersen KR, Ravn P. Combined oral contraceptives' influence on weight, body composition, height, and bone mineral density in girls younger than 18 years: A

- systematic review. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2012 Aug 3;17(4):245–53. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2012.692411>
40. Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* [Internet]. 2015 Dec;44(10):1127–34. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2015.09.021>
41. Thwaites A, Bacon L, Dickson J. Breastfeeding and postpartum contraception: dual priorities in the immediate postnatal period. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* [Internet]. 2016 Oct 28;0(1). Available from: <http://jfprhc.bmj.com/lookup/doi/10.1136/jfprhc-2016-101623>
42. Saúde D-G de. Programa Nacional para a Vigilância da Gravidez de Baixo Risco. 2015.
43. Blondon M, Harrington LB, Boehlen F, Robert-Ebadi H, Righini M, Smith NL. Pre-pregnancy BMI, delivery BMI, gestational weight gain and the risk of postpartum venous thrombosis. *Thrombosis Research* [Internet]. 2016 Sep;145:151–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.thromres.2016.06.026>
44. Lm L, Bernholc A, Hubacher D, Stuart G, Haam VV. Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;(6).
45. Le Gouez A, Benachi A, Mercier FJ. Fever and pregnancy. *Anaesthesia Critical Care & Pain Medicine* [Internet]. 2016 Oct;35(16):S5–12. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.accpm.2016.06.007>
46. Lynne K, Holder P, Carolina N. Contraception and Breastfeeding. *Clinical Obstetrics and Gynecology*. 2015;58(4):928–35.

47. Sénat M-V, Sentilhes L, Battut A, Benhamou D, Bydlowski S, Chantry A, et al. Postpartum practice: guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2016 Jul;202:1–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S030121151630183X>
48. Long ME, Faubion SS, MacLaughlin KL, Pruthi S, Casey PM. Contraception and Hormonal Management in the Perimenopause. *Journal of Women's Health* [Internet]. 2015 Jan;24(1):3–10. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2013.4544%5Cnhttp://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24773233>
49. Hardman SMR, Gebbie AE. Hormonal contraceptive regimens in the perimenopause. *Maturitas* [Internet]. 2009 Jul;63(3):204–12. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512209001479>
50. Long ME, Faubion SS, MacLaughlin KL, Pruthi S, Casey PM. Contraception and Hormonal Management in the Perimenopause. *Journal of Women's Health* [Internet]. 2015 Jan;24(1):3–10. Available from: <http://online.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/jwh.2013.4544>
51. Kailas N, Sifakis S, Koumantakis E. Contraception during perimenopause. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2005 Mar 6;10(1):19–25. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625180400020861>
52. Hardman SMR, Gebbie AE. The contraception needs of the perimenopausal woman. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* [Internet]. 2014 Aug;28(6):903–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.05.006>

53. Wildemeersch D. Why perimenopausal women should consider to use a levonorgestrel intrauterine system. *Gynecological Endocrinology* [Internet]. 2016 Aug 2;32(8):659–61. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/09513590.2016.1153056>
54. Lidegaard Ø, Løkkegaard E, Jensen A, Skovlund CW, Keiding N. Thrombotic Stroke and Myocardial Infarction With Hormonal Contraception. *Obstetrical & Gynecological Survey* [Internet]. 2012 Oct;67(10):640–1. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006254-201210000-00020>
55. Merki-Feld GS, Skouby S, Serfaty D, Lech M, Bitzer J, Crosignani PG, et al. European Society of Contraception Statement on Contraception in Obese Women. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2015;20:19–28.
56. Lopez LM, Bernholc A, Chen M, Grey TW, Otterness C, Westhoff C, et al. Hormonal contraceptives for contraception in overweight or obese women. In: Lopez LM, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2016. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008452.pub4/abstract>
57. Andany N, Walmsley SL. What’s new for antiretroviral treatment in women with HIV. *Journal of Virus Eradication*. 2016;2:67–77.
58. Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council. Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV Transmission in the United States [Internet]. 2016. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines>
59. Phillips SJ, Curtis KM, Polis CB. Effect of hormonal contraceptive methods on HIV

- disease progression. *AIDS* [Internet]. 2013 Mar;27(5):787–94. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00002030-201303130-00012>
60. Womack J, Richman S, Tien CP, Grey M, Williams A. Hormonal Contraception and HIV-Positive Women: Metabolic Concerns and Management Strategies. *Journal of Midwifery & Women's Health* [Internet]. 2008 Jul;53(4):362–75. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1526952308000421>
 61. Serfaty D. A Plea For Male Contraception. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2015 Mar 4;20(2):75–6. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2015.1020122>
 62. Mahmoud A, T'Sjoen G. Male hormonal contraception: Where do we stand? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* [Internet]. 2012 Jun 12;17(3):179–86. Available from: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/13625187.2012.667175>
 63. Chen Y, Li H, Dong Q, Wang K-J. Blockade of α 1A-adrenoceptor: A novel possible strategy for male contraception. *Medical Hypotheses* [Internet]. 2009 Aug;73(2):140–1. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mehy.2009.02.022>
 64. Dohle GR, Jungwirth A, Colpi G, Giwercman A, Diemer T, Hargreave TB. Guidelines on Male Infertility [Internet]. Sabanegh ES, editor. Totowa, NJ: Humana Press; 2015. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-1-60761-193-6>
 65. Cleland K, Raymond EG, Westley E, Trussell J. Emergency Contraception Review. *Clinical Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2014 Dec;57(4):741–50. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00003081-201412000-00011>

66. European Consortium for Emergency Contraception. Emergency contraception guidelines in the European Union countries. 2014.
67. Snow SE, Melillo SN, Jarvis CI. Ulipristal Acetate for Emergency Contraception. *Annals of Pharmacotherapy* [Internet]. 2011 Jun;45(6):780–6. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1345/aph.1P704>
68. The Society for Adolescent Health and Medicine. Emergency Contraception for Adolescents and Young Adults: Guidance for Health Care Professionals. *Journal of Adolescent Health* [Internet]. 2016 Feb;58(2):245–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.11.012>
69. Rodriguez MI, Curtis KM, Gaffield ML, Jackson E, Kapp N. Advance supply of emergency contraception: a systematic review. *Contraception* [Internet]. 2013 May;87(5):590–601. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2012.09.011>
70. Temmerman M, D’Arcangues C, Lazdane G, Puig C, Bass J, Chandra-Mouli V, et al. Choices and Planning. *Entre-Nous*. 2013;(79).
71. World Health Organization Regional Office for Europe. WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. 2001.
72. Economic and Social Council of the United Nations. Report for the UNECE Regional Conference on ICPD beyond “Enabling Choices: Population Priorities for the 21st Century.” 2013.
73. Van Look PFA, Khosla R, Say L, Lazdane G, Avery L, Muradyan A, et al. Sexual and Reproductive Health: Are You Satisfied? *Entre-Nous*. 2015;(83).
74. World Health Organization Regional Office for Europe. Beyond the mortality advantage. Investigating women’s health in Europe. 2015.