

Novos métodos contraceptivos

ANA AROSO MONTEIRO*

RESUMO

As novas formulações de contraceptivos orais apresentam um melhor perfil de segurança, mantendo aparentemente os mesmos benefícios não contraceptivos registados para as dosagens mais altas. O novo progestativo, drospirenona, apresenta uma acção anti-mineralocorticóide com efeito diurético. A utilização de novas vias de administração das hormonas contraceptivas como a transdérmica, intra vaginal, implante subcutâneo ou acopladas ao dispositivo intra-uterino, vieram facilitar a adesão ao método e diminuir as falhas por erros e esquecimentos da toma. Mas não aboliram o abandono do método mais frequente no 1º ano de uso. O principal motivo são as irregularidades de ciclo com perdas sanguíneas intermitentes por vezes com amenorreias prolongadas, mais frequentes com a contracepção só com progestativo. As alterações são atribuídas à inadequada proliferação do endométrio, que, fragilizado, descama de forma parcial. O tratamento passa pela administração temporária de estrogénios.

Palavras-chave: Contracepção de Baixa Dosagem; Vias de Administração Alternativas.

A contracepção é responsável pelo envelhecimento da população?

A contracepção separa o sexo da procriação.

Inicialmente lançada como uma importante medida de controlo da população e preservação dos recursos do planeta, é hoje encarada como um direito, uma opção individualizada baseada na informação e escolha livre dos diferentes métodos disponíveis.

Em Portugal, tal como noutros países, assiste-se a uma utilização crescente de contracepção em todas as idades. Para tal contribuiu a ampla informação, o acesso fácil e gratuito, mas também o início mais precoce da vida sexual e a necessidade dos jovens casais adiarem a primeira gravidez. Para alguns casais deixou de ser um meio de planejar quando e quantos filhos ter, mas antes a opção determinada de não ter descendência.

Devemos continuar a divulgar a contracepção?

Portugal continua a assistir a um elevado número de gravidezes não desejadas.

Cerca de metade acaba em interrupção voluntária da gravidez!¹

A gravidez mal aceite está associada a complicações médicas e sociais, com aumento da morbidade e mortalidade materno-fetal.²

Como em outros países, muitas dessas mulheres usaram ou usavam algum método contraceptivo que abandonaram ou falhou.

Qual o lugar do preservativo entre os novos métodos?

A taxa de falha do método como contraceptivo está estimada em 3%. A realidade é bem pior, porque o método não é usado sistematicamente, mesmo quando escolhido como método único. É frequentemente associado ao método do calendário ou ao coito interrompido.

O preservativo é usado como método contraceptivo de reforço e para prevenção das infecções sexualmente transmitidas (IST).^{4,5}

Desde o início dos anos 90 que Portugal acordou para o risco das IST, particularmente para o risco de contaminação pelo HIV/SIDA. Também a associação da infecção pelo HPV e o cancro do colo do útero, amplamente divulgado entre amigas por ser facilmente detectado nas citologias cervico-vaginais de rotina, contribuiu para o alerta das IST.

A associação, sugerida pelos holandeses, do preservativo com a contracepção hormonal oral (CH), tão frequentemente mencionada na educação sexual nas escolas, deve ser insistentemente mencionada, especialmente em casais jovens ou com relações afectivas pouco estáveis.

*Ginecologista e Obstetra
Clínica Privada

A infecção por *Chlamydia trachomatis* continua a mais frequentemente mencionada nos estudos entre os jovens.⁶ No entanto, continua-se a ignorar a sua incidência em Portugal e não são tomadas medidas para a sua deteção sistemática, apesar de ser uma das principais causas de infertilidade nos dois sexos.

Como se usa?

Tal como com outro qualquer método, o uso correcto do preservativo e a sua utilização vai continuar a depender da atitude do médico ou da enfermeira que orientam a consulta.

O preservativo de *latex* tem 0,3 a 0,8 mm de espessura mas é muito resistente. É envolto em lubrificante com poder espermicida.

Deve ser colocado com o pénis em erecção, com a pele sobre a glande puxada para trás e antes de qualquer contacto com a vagina. Antes de desenrolar o preservativo até à base do pénis, deve-se espremer a ponta para esvaziar o ar. A extremidade do preservativo deve ser deixada livre para permitir funcionar como reservatório para o volume do ejaculado. Depois do coito, o preservativo é seguro com os dedos contra a base do pénis quando este é retirado, ainda em erecção, de dentro da vagina. Nenhum líquido ejaculado deve extravasar e deve-se confirmar que não houve rotura, que pode ocorrer em 1% dos casos. Se necessário, usar de imediato um espermicida vaginal ou eventualmente a contracepção de emergência.

Não esquecer os cuidados de manutenção: proteger os preservativos do sol, do calor e da humidade. Não devem ser usados com lubrificantes à base de óleos (como a vaselina), pois estes enfraquecem o *latex*.

O que é a contracepção hormonal de baixa dosagem?

Baixa dosagem é aquela que tem menos 50µg de etinilestradiol (EE), ou seja, já não há altas dosagem à venda no mercado.

O método contraceptivo ideal seria reversível, fácil de usar, com o mínimo de riscos e poucos efeitos colaterais. Muitas destas desvantagens são dose-dependentes pelo que se tem vindo a baixar as doses do componente estrogénico da pílula, para valores de 20 e 15µg de etinilestradiol (Quadro I).

Qual é a vantagem?

A vantagem traduz-se numa diminuição do risco venoso tromboembólico, numa diminuição da isquemia cardíaca e dos acidentes vasculares cerebrais (AVC). É sabido que as baixas dosagens de 30 µg EE praticamente não alteram a coagulação e que o risco tromboembólico apenas se encontra aumentado no primeiro ano de uso.⁷ O enfarte de miocárdio só é despoletado em mulheres com mais de 35 anos que continuam a fumar, ou em situações de múltiplos factores de risco como a obesidade, hipertensão, hipercolestolemia e diabetes.⁸ Os AVC comunicados estavam associados a CO de alta

QUADRO I

DEFINIÇÕES DOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

Contraceptivo	Produto
Contraceptivos orais de Primeira geração	> 50 µg de Etil Estradiol (EE)
Contraceptivos orais de Segunda geração	Levonorgestrel, Norgestimate e Noretindrona com 30/ 35 µg EE
Contraceptivos orais de Terceira geração	Desogestrel e Gestodeno com 15, 20 ou 30 µg de EE
Contraceptivos orais de Última geração	Drospirenona com 30 µg de EE

QUADRO II

EFEITOS DOS NOVOS PROGESTATIVOS

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

+ Efeito; - Nenhum efeito; (+) Não clinicamente significativo

dosagem, os estudos datam de 1983 e 1984 e apontavam para um risco duplo, mas há que ter em conta que é uma situação muito rara em gente jovem.⁹

Qual a vantagem dos novos progestativos?

Os novos progestativos como o desogestrel e o gestodeno têm um menor efeito androgénico com menor incidência de variações do humor/depressão/fadiga e menor variação no peso (Quadro II).

O novo progestativo derivado da espironolactona, a drospirenona, tem, para além do efeito anti-androgénico, um efeito anti-mineralocorticóide semelhante ao da progesterona endógena.¹⁰ A drospirenona atenua o efeito do estrogénio sobre o sistema renina-angiotensina e bloqueia a testosterona ligada aos receptores androgénicos. Tem por isso um potencial para diminuir a tensão arterial e as LDL e aumentar a fracção HDL do colesterol. Tem, assim, um perfil diurético que pode levar à perda de peso, sendo por isso a combinação com 30µg de etinilestradiol muito procurada.

Em conclusão: Os diversos estudos realizados permitem garantir que, com os actuais contraceptivos combinados no mercado, os riscos são mínimos.^{11,12,13} Só as fumadoras com mais de 35 anos correm riscos de doença cardiovascular e por isso devem ser acon-

selhadas a interromper esse hábito.

Quais são as desvantagens?

O problema com as muito baixas dosagens tem a ver com o mau controlo do ciclo menstrual. Esta é a principal causa de abandono do método.

O grande desafio ao clínico é detectar as utilizadoras descontentes, identificar e corrigir o problema. É esta a verdadeira intenção das consultas de seguimento pois é muito frequente a interrupção do método no primeiro ano de uso.

Há dois tipos de perda sanguínea vaginal. A mais frequente surge no início da toma, desaparecendo habitualmente espontaneamente ao fim do 3º mês de uso, e traduz um ajuste da espessura endometrial à inibição da proliferação causada pelas hormonas.

A perda irregular que surge após muitos meses de uso é um efeito progestagénico que causa atrofia do endométrio, que, muito frágil, descama de forma dessincronizada. A grande maioria das vezes este problema resolve-se associando-se, à restante toma da pílula dessa embalagem, um comprimido diário de 2mg de estradiol.

Toda a hemorragia que não ceda a esta terapêutica deve ser estudada.

É importante frisar que as perdas, não relacionadas com os esquecimentos, não diminuem a eficácia do método.

Outra complicação é o não apareci-

mento do fluxo menstrual na semana de intervalo. Deve-se à atrofia, temporária, do endométrio, sem qualquer efeito nocivo para a mulher (ao contrário da amenorreia espontânea) e sem consequências para a fertilidade futura.

É necessário algum estudo antes da prescrição?

É altura de se abandonar alguns rituais ainda associados à prescrição da pílula, nomeadamente o pedido de exames laboratoriais ou outros. Porquê pedir uma ecografia pélvica para iniciar a pílula se até sabemos que o primeiro tratamento de um quisto ovárico simples é 3 meses de contraceptivo oral?

Uma colheita cuidada da história clínica pessoal e familiar ajuda a identificar as utentes que necessitam de algum estudo analítico ou exame auxiliar de diagnóstico para excluir contra-indicações. Esta é a verdadeira razão das consultas de seguimento.

QUADRO III

BENEFÍCIOS NÃO CONTRACEPTIVOS DA CONTRACEPÇÃO HORMONAL

- Regularização dos ciclos.
- Tratamento da dismenorreia.
- Tratamento da menorragia / Prevenção da anemia.
- Possível diminuição dos quistos funcionais do ovário.
- Diminuição do risco de cancro do ovário.
- Diminuição do risco de cancro do endométrio.
- Diminuição do risco de cancro colorrectal.
- Prevenção de doença fibroquística da mama.
- Prevenção da doença inflamatória pélvica.
- Prevenção de endometriose.
- Prevenção da gravidez ectópica.
- Prevenção da artrite reumatóide.
- Prevenção do fibromioma uterino.
- Tratamento da acne.
- Tratamento do hirsutismo.
- Melhoria em algumas doenças com exacerbação menstrual.
- Sintomas vasomotores da perimenopausa.

As baixas dosagens mantêm os benefícios para além da contraceção?

Uma causa de interrupção do método é o medo e a ansiedade em relação aos riscos que possam surgir por uso prolongado de produtos hormonais. Poucas mulheres conhecem os efeitos benéficos da contraceção hormonal, enumerados no Quadro III, e que deviam ser sempre comunicados às pacientes.

Em Portugal, muitas mulheres suspendem a toma da pílula por conselho médico, e por isso não é demais insistir que o modo de actuação das pílulas está associado a uma diminuição de uma série de problemas frequentes e complicados como a disfunção ovulatória e a consequente irregularidade menstrual (Quadro IV).

Como é que os contraceptivos hormonais protegem do cancro ginecológico?

O uso prolongado de CH por 5 a 10 anos, ao impedir a rotura folicular e aparentemente evitar assim a lesão/recuperação da cápsula do ovário, reduz a metade o risco de cancro do ovário, efeito esse que se prolonga por mais de 10 a 15 anos após a suspensão do método.¹⁴

Por obrigar a uma descamação síncrona de todo o endométrio, impede a hiperplasia deste, diminuindo para metade o risco de cancro do endométrio. Este efeito preventivo prolonga-se muito

QUADRO IV

INDICAÇÕES DA PÍLULA COMBINADA

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

para lá do uso e está associado a pelo menos 3 anos consecutivos de uso.¹⁵

Por outro lado, alguns estudos¹⁶ apontam para um possível aumento de incidência de adenocarcinoma (<10 % de todos os casos) do colo do útero nas utilizadoras de CO. Outros factores, como o início precoce de vida sexual, vários parceiros sexuais ou parceiro com várias parceiras, o tabaco, a infecção pelo HPV e até a frequência do rastreio da citologia do Papanicolaou são implicados neste resultado das investigações.

Que efeito tem sobre o cancro da mama?

A incidência do cancro da mama tem vindo a aumentar em todo o mundo. Mas convém lembrar que a primeira causa de morte por cancro nas mulheres é o cancro do pulmão, segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE).

A dúvida sobre este risco surgiu quando se estudou o efeito do CH em gente jovem, com uso antes da primeira gravidez a termo e por longos períodos de utilização. Só agora é que essas mulheres estão a atingir a menopausa e portanto o pico de incidência do cancro da mama. Os estudos referem-se a utilizadores de CH de altas doses e apontam para um risco acrescido de cancro da mama em idades pré-menopáusicas.¹⁷ Como clínicos devemos insistir na prevenção aconselhando a amamentação prolongada.

Apesar de o impacto ser pequeno a nível da Saúde Pública, este é dos medos mais evidenciados na consulta, onde o risco pessoal é prioritário, sendo a aplicação dos Rastreios Oncológicos Nacionais de grande tranquilidade.

A contracepção hormonal protege contra todas as IST?

A redução da proliferação do endométrio e o aumento da espessura do muco cervical protege as utilizadoras da doença inflamatória pélvica (DIP) como

a endometrite e salpingite que surge como consequência de IST por *Gonococcus e Chlamydeia*.¹⁸ É um importante factor na prevenção da obstrução tubar bilateral. A CH não protege contra as infecções víricas a HPV, HIV, Herpes ou Hepatite B.

Não se prova que as infecções por fungos do tipo *Cândida* estejam relacionadas directamente com o uso de CH, mas as recidivas frequentes interrompem-se por vezes após a suspensão da pílula.

A contracepção hormonal interfere na fertilidade futura?

A amenorreia pós-pílula surge em 0,7% a 0,8% dos casos, semelhante à amenorreia secundária espontânea.¹⁹

O efeito sobre a fertilidade pode manter-se algum tempo após a suspensão do método, com uma taxa de gravidezes alcançadas semelhante à das não utilizadoras ao fim do primeiro ano.²⁰

Não há qualquer influência na taxa de abortamentos ou qualquer efeito sobre o número ou tipo de malformações fetais nas gravidezes subsequentes.²⁰

A contracepção hormonal pode alterar a libido?

Ao inibir a ovulação, a CH impede o pico de testosterona habitual, sendo este o mecanismo responsabilizado pela diminuição da libido referida por algumas mulheres. Sabemos que outros factores como o cansaço, a monotonia, o afastamento do casal e a falta de namoro são as causas das flutuações do apetite sexual em qualquer dos membros do casal.

Quais os medicamentos que interferem com o efeito contraceptivo?

Estão descritos na literatura situações de diminuição dos efeitos contraceptivos quando existem associações com outros medicamentos, quer por alteração da flora no nível intestinal e diminuição da

absorção, quer por competição enzimática a nível celular (Quadro V).

O que é o sistema transdérmico?

O primeiro sistema transdérmico combinado semanal, ainda não participado, foi lançado no mercado português.

Consiste num adesivo cutâneo capaz de libertar constantemente e de forma regular, durante 9 dias, 150µg de norelgestromina e 20µg de EE por cada 24 horas. Este mecanismo de libertação permite níveis estáveis de estrogénios e progesterona no sangue capazes de inibir a função pituitária e, tal como os outros contraceptivos hormonais, impedir a ovulação, espessar o muco cervical e reduzir a proliferação do endométrio, dificultando a entrada dos espermatozoides no canal cervical e reduzindo a hipótese de nidação no útero.

É tão seguro e eficaz como a via oral?

O índice de Pearl (n.º de gravidez por 100 mulheres por ano de utilização) é de 0,9, com uma taxa de falência do método de 0,7. De referir que, em mulheres obesas, com peso superior a 90 kg, a eficácia contraceptiva diminui.

O controle do ciclo, o aparecimento de metrorragia ou de *spotting* é semelhante ao dos outros CH, com maior incidência nos primeiros meses de uso, como é habitual.

QUADRO V

DROGAS QUE PODEM CAUSAR DIMINUIÇÃO DE EFICÁCIA DA CO

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

Os sistema transdérmico tem contra-indicações?

As contra-indicações são as mesmas que para os Contraceptivos Orais lembradas no Quadro VI, assim como os efeitos colaterais, aqui acrescidos de possível reacção cutânea local, pelo que se recomenda a alternância sistemática do local de adesão.

Como se usa?

A posologia é simples e fácil de lembrar: aplica-se um sistema por semana (7 dias), durante um período de 3 semanas, seguido de uma semana sem sistema (7 dias exactos). Para iniciar, colocar o 1º adesivo no 1º dia do fluxo menstrual. Esse dia da semana será sempre o dia da mudança (por exemplo, sexta-feira).

A adesividade do sistema foi testada durante o desporto, banhos quentes e

QUADRO VI

CONTRA-INDICAÇÕES DOS CONTRACEPTIVOS HORMONAIS

- Contra-indicações absolutas
 - Gravidez actual ou suspeita de gravidez.
 - Neoplasia hormonodependente.
 - Alterações graves da função hepática ou hepatopatia em fase activa.
 - Antecedentes de AVC, doença arterial cerebral ou coronária.
 - Antecedentes de trombose venosa profunda e doença, predispondo a acidente.
 - Tromboembolismo.
 - Fumadora que fume mais de 15 cigarros/dia, com mais de 35 anos.
- Contra-indicações relativas
 - Diabetes mellitus.
 - Hipertensão arterial.
 - Lupus Eritematoso Disseminado.
 - Tabagismo (menos de 20 cigarros/dia) em idade superior a 35 anos.
 - Hiperlipidemias.
 - Depressão grave.
 - Cefaleia grave, tipo enxaqueca.

frios, com sudorese e arrefecimento extremo, sem variações na absorção ou descolamentos fáceis desde que aplicado em pele seca, sem cremes e em zonas sem pregas cutâneas.²¹

Qual é a vantagem?

A grande vantagem é a redução do risco de erro de uso, pois é mais fácil mudar de adesivo uma vez por semana do que tomar diariamente um comprimido, especialmente com ajuda de memorandos (por exemplo no telemóvel). Também, o prazo de segurança é alargado para dois dias, isto é, continua eficaz se a mudança de adesivo for esquecida por 48 horas.

O que é o anel vaginal?

É um contraceptivo hormonal mensal. O anel vaginal apresenta-se sob a forma de anel flexível, transparente e quase incolor, de colocação vaginal. Contém hormonas que se libertam no interior da vagina, 15µg de EE e 120µg de etonogestrel diário, de forma contínua e regular de modo a atingir níveis sanguíneos estáveis, inibidores da ovulação.

Como se usa?

O anel deve permanecer na vagina 3 semanas consecutivas, seguindo-se uma semana de pausa, durante a qual surge a hemorragia de privação. O anel pode ser retirado momentaneamente e novamente colocado pela utilizadora para, por exemplo, realização de um exame ginecológico, uma ecografia ou o coito.

A dificuldade de manipulação dos órgãos genitais e o receio do desconforto durante o acto sexual podem ser causas de rejeição deste método, que também ainda não é participado.

Porquê uma pílula só com progestativo?

O contraceptivo oral progestativo, contendo 28 comprimidos de desogestrel, tem como principal indicação o período de amamentação e as situações de con-

tra-indicação dos estrogénios.

Sem efeito clínico relevante, aumenta a insulino-resistência nas diabéticas.

Pode agravar os sintomas depressivos, aumentar o peso e causar irregularidades menstruais, mais frequentemente amenorreias.

Quando usar a contraceção de emergência?

Por definição, são métodos utilizados para prevenir a gravidez após um acto sexual desprotegido ou inadequadamente protegido como o uso incorrecto do preservativo, erro nos cálculos do período fértil ou esquecimentos consecutivos da pílula contraceptiva.

Deve ser usada em todos os casos de violação quando a mulher não usava uma contraceção eficaz.

Tem dois tipos de preparados: progestativo com 2 comprimidos com 750µg de levonorgestrel e o estroprogestativo com 4 comprimidos compostos por 50µg de etinil estradiol e 250µg de levonorgestrel.

Vulgarmente chamada de pílula do dia seguinte (o que pode induzir em erro, pois é tanto mais eficaz quanto mais precocemente utilizada), deve a toma das duas doses ser separadas de 12 horas e iniciada antes das 72 horas após a relação sexual.

A contraceção de emergência é eficaz e sem riscos?

A eficácia indica a proporção de mulheres que engravidam usando um determinado método, em determinado longo período de tempo e não é aplicável aqui. Usa-se o critério de proporção de gravidezes evitadas, o que envolve vários pressupostos. Os estudos apontam para 60 a 93% de gravidezes evitadas, sendo o esquema só com progestativo aparentemente mais eficaz.²²

Os efeitos colaterais são principalmente as náuseas (18%) e vómitos (4%), sendo mais frequentes no regime combinado. Para minimizar estes efeitos

sugere-se a toma ao deitar, ou usar a via vaginal, uma vez que as hormonas são bem absorvidas pela mucosa vaginal.

Como actua?

O principal mecanismo de acção é a prevenção ou adiamento da ovulação. Por isto, é importantíssimo prevenir que o risco da gravidez pode simplesmente ter sido adiado uns dias, pelo que é fundamental a utilização correcta do preservativo até à próxima menstruação, que pode vir atrasada (por adiamento da ovulação) ou surgir poucos dias depois por descontrolo hormonal, facto que não necessita de qualquer intervenção.

Quais são as contra-indicações?

Não há contra-indicações ao uso da contracepção de emergência (CE)!

Não há qualquer justificação para a recusa do fornecimento de CE, mesmo que usado frequentemente e erradamente como contracepção habitual. Compete ao clínico explicar que não é tão eficaz como a contracepção oral e conquistar as utilizadoras para um método regular, com muitos mais benefícios, que poderá ser simultaneamente prescrito para reforçar a indicação do início da toma no primeiro dia de fluxo menstrual.

Em caso de surgir uma gravidez, lembrar que tal como no caso dos contraceptivos orais, não existe evidência de efeitos teratogénicos para o feto.

Como actua o implante?

O implante hormonal consiste numa cápsula com 4 cm e 2mm de espessura com etonogestrel, que é um derivado do desogestrel, disponível numa embalagem esterilizada com aplicador para a introdução subcutânea na face interna do antebraço esquerdo. Esta particularidade obriga à intervenção de um médico, quer na colocação, quer na remoção, aumenta os custos e dificulta o acesso ao método.

É, no entanto, um método extremamente seguro com eficácia durante 3 anos, sem falhas registadas quando correctamente colocado, o que restringe a sua aplicação por técnicos que tenham recebido treino apropriado.

Quais são as desvantagens?

As indicações do implante são as contra-indicações aos estrogénios e os efeitos secundários são os dos progestativos, em alguns casos com grande aumento de peso. A principal complicação, ou vantagem, é a amenorreia prolongada, atribuída à atrofia do endométrio, que pode também ser a causa de irregularidades, por vezes persistentes e mal aceites. Esta situação é facilmente corrigida com fornecimento de estrogéneos se não estiverem contra-indicados.

Qual a vantagem do dispositivo intra-uterino medicado?

O dispositivo intra-uterino (DIU) medicado contém levonorgestrel com libertação regular de 20 µg por dia.

Está particularmente indicado em situações de hipermenorreia/menorragia e hiperplasia do endométrio e é ideal como contraceptivo na perimenopausa.

As contra-indicações e complicações são semelhantes às dos outros DIU, registando-se o mesmo tipo de efeitos indesejáveis de *spotting* inicial, acrescidos de cefaleias, irritabilidade e aumento de peso, associados ao progestativo. Como efeito acessório surge frequentemente amenorreia, para a qual a paciente deve ser alertada.

BIBLIOGRAFIA

1. The Alan Guttmacher Institute. Sharing responsibility: women, society, and abortion worldwide. New York: The Allan Guttmacher Institute; 1999.
2. Koonin LM, MacKay AP, Berg CJ, Atrash HK, Smith JC. Pregnancy-related

mortality surveillance: Unites States, 1987-1990. MMWR CDC Surveill Summ 1997 Aug 8; 46 (4): 17-36..

3. Rosenberg MJ, Waugh MS, Long S. Unintended pregnancies and use, misuse, and discontinuation of oral contraceptives. J Reprod Med 1995 May; 40 (5): 335-60.

4. Stone KM, Grimes DA, Magder LS. Primary prevention of sexually transmitted diseases: a primer for clinicians. JAMA 1986 Apr 4; 255 (13): 1763-6.

5. Van de Perre P, Jacobs D, Sprecher-Goldberger S. The latex condom, an efficient barrier against sexual transmission of AIDS-related viruses. AIDS 1987 May; 1 (1): 49-52.

6. Weinstock H, Berman S, Cates W Jr. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. Perspect Sex Reprod Health 2004 Jan-Feb; 36 (1): 6-10.

7. Royal College of General Practitioners Oral Contraceptive Study. Further analyses of mortality in oral contraceptive users. Lancet 1981 Mar 7; 1 (8219): 541-6.

8. Rosenberg L, Palmer JR, Lesko SM, Shapiro S. Oral contraceptive use and the risk of myocardial infarction. Am J Epidemiol 1990 Jun; 131 (6): 1009-16.

9. Royal College of General Practitioners Oral Contraceptive Study. Incidence of arterial disease among contraceptive users. J R Coll Gen Pract 1983 Feb; 33 (247): 75-82.

10. Krattenmacher R. Drospirenone: pharmacology and pharmacokinetics of a unique progestogen. Contraception 2000 Jul; 62 (1): 29-38.

11. Larsson G, Milson I, Lindstedt G, Rybo G. Influence of a low-dose combined oral contraceptive on menstrual blood loss and iron status. Contraception.1992; 46: 327-34.

12. Daly L, Bonnar J. Comparative studies of 30µg ethinyl estradiol combined with gestodene and desogestrel on blood coagulation, fibrinolysis and platelets. Am J Obstet Gynecol 1990 Jul; 163 (1 Pt 2): 430-7.

13. Chiaffarino F, Parazzini F, La Vecchia C, Ricci E, Crosignani PG. Oral contraceptive use and benign gynecologic conditions. Contraception 1998 Jan; 57 (1): 11-8.

14. Ness RB, Grisso JA, Klapper J, Schlesselman JJ, Silberzweig S, Vergona R, et al. Risk of ovarian cancer in relation to estrogen and progestin dose and use characteristic of oral contraceptives. Am J Epidemiol 2000 Aug; 152 (3): 233-41.

15. Jick SS, Walker AM, Jick H. Oral contraceptives and endometrial cancer. Obstet Gynecol 1993 Dec; 82 (6): 931-5.

16. Brinton LA. Oral contraceptives and cervical neoplasia. Contraception 1991 Jun; 43 (6): 581-95.

17. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives, Breast cancer and combined oral contraceptives: results from a multinational study, Br J Cancer 1990 Jan; 61 (1): 110-9.

18. Panser LA, Philipps WR. Type of oral contraceptive in relation to acute, initial episodes of pelvic inflammatory disease. Contraception 1991 Jan; 43 (1): 91-9.

19. Leon Speroff, Philip Darney. A clinical guide for contraception. 4th ed. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins; 2005.

20. Bracken MB, Hellenbrand KG, Holford TR. Conception delay after oral contraceptive use: the effect of estrogen dose. Fertil Steril 1990 Jan; 53 (1): 21-7.

21. Audet MC, Moreau M, Koltun WD, Waldbaum AS, Shangold G, Fisher AC, et al. Evaluation of contraceptive efficacy and cycle control of a transdermal contraceptive patch vs oral contraceptive: a randomized controlled trial. JAMA 2001 May 9; 285 (18): 2347-54.

22. International Medical Advisory Panel. Statement on emergency contraception. 2nd edition. London: International Planned Parenthood Federation, 2004.

Endereço para correspondência

Ana Maria de Oliveira Aroso Monteiro
Telef: 229 482 329
Telemóvel 917 267 930
Rua da Pinta, nº 93 – Vermoim
4470-209 Maia

Consultório

Rua de Ceuta nº 53 – 2º andar
Porto
Telef: 222 002 009
E-mail: anaaroso765@hotmail.com