

**Avaliação do conhecimento na utilização de  
Contracetivos Orais nas Estudantes da  
Universidade da Beira Interior  
Experiência Profissionalizante na Vertente de  
Investigação e Farmácia Comunitária**

Versão final após defesa

**Ânia Maria Serra Tomás**

Relatório de Estágio para obtenção do Grau de Mestre em  
**Ciências Farmacêuticas**  
(mestrado integrado)

Orientador: Professora Doutora Maria Eugenia Gallardo Alba  
Coorientador: Professor Doutor Samuel Martins Silvestre  
Coorientador: Professor Doutor Tiago Alexandre Pires Rosado

**Outubro de 2023**

**Folha em branco**

## Declaração de Integridade

Eu, Ânia Maria Serra Tomás, que abaixo assino, estudante com número de inscrição 39927 do curso de Ciências Farmacêuticas da Faculdade Ciências da Saúde, declaro ter desenvolvido o presente trabalho e elaborado o presente texto em total consonância com o **Código de Integridades da Universidade da Beira Interior**.

Mais concretamente afirmo não ter incorrido em qualquer das variedades de Fraude Académica, e que aqui declaro conhecer, que em particular atendi à exigida referenciação de frases, extratos, imagens, e outras formas de trabalho intelectual, e assumindo assim na íntegra as responsabilidades da autoria.

Ânia Maria Serra Tomás

Universidade da Beira Interior, Covilhã 11/10/2023

**Folha em branco**

# **Dedicatória**

Aos meus pais.

**Folha em branco**

# Agradecimentos

Antes de mais gostaria de agradecer aos meus orientadores, Professora Doutora Eugenia Gallardo, Professor Doutor Samuel Silvestre e o Professor Doutor Tiago Rosado por todo o apoio, orientação, conhecimento e principalmente por me permitirem realizar este projeto.

Aos profissionais da Farmácia Tavares, gostaria de agradecer pela paciência, ensinamentos e acima de tudo pela maneira como me acolheram e fizeram sentir parte da equipa.

Aos amigos que a Covilhã me deu, obrigada por todo o apoio, por tornarem as coisas mais leves, por serem a casa longe de casa. Em especial à Cátia, Mariana, Jéssica, Francisco e Sofia por serem os meus companheiros.

Aos meus amigos de sempre, por estarem sempre lá independentemente de tudo. Em especial à Ana, Guilherme, Inês, João, Mariana e Telma por acreditarem em mim mesmo quando eu duvidava.

Agradeço a todos aqueles que de alguma forma passaram pela minha vida e me inspiraram, aos que já não estão comigo fisicamente mas são a minha força.

À minha família por todo o carinho e por nunca desistirem de mim.

Por fim, resta-me deixar um enorme agradecimento à minha mãe, por todo o esforço e compreensão. Por ser o amor da minha vida.

Um muito obrigado a todos!

**Folha em branco**

## Resumo

O presente relatório de estágio representa a conclusão do curso Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas na Universidade da Beira Interior. Encontra-se dividido em dois capítulos, sendo o primeiro respeitante à componente de investigação e o segundo relativo à experiência profissionalizante em farmácia comunitária.

O Capítulo I intitulado “Avaliação do conhecimento na utilização de Contracetivos Oraís nas Estudantes da Universidade da Beira Interior” teve como objetivo compreender o conhecimento das alunas da Universidade da Beira Interior em relação à utilização de contracetivos orais, para este efeito foi realizado um inquérito. O conhecimento sobre a utilização correta da contraceção é fundamental para a prevenção da gravidez indesejada. Tal como todos os métodos contracetivos hormonais, os contracetivos orais possuem riscos e benefícios contracetivos e não contracetivos. Posteriormente à análise dos 141 inquéritos conseguiu-se compreender que os contracetivos orais são o método mais utilizado (24,2%), seguido do preservativo masculino (11,3%) e foi também referido a utilização de ambos os métodos contracetivos (8,2%). A maioria dos contracetivos orais referidos são de 3<sup>a</sup> ou 4<sup>a</sup> geração, sendo que 57% das inquiridas referiu não experienciar efeitos adversos aquando do início dos mesmos. Relativamente ao procedimento aquando um esquecimento (66,3%) e a diminuição da eficácia do contracetivo quando ocorrem vômitos e/ou diarreia (84,2%) verificou-se que, de um modo geral, existia uma percepção correta sobre estes aspetos. No que toca a interações medicamentosas os antibióticos foram a classe de medicamentos mais referido no entanto apenas 8,4% identificaram corretamente as diferentes classes de medicamentos que provocam interações. Existe ainda algum desconhecimento relacionado com o uso concomitante com contraceção de emergência, descanso do contracetivo oral ao organismo e a ocorrência de *spotting*. Os resultados demonstram que apesar de existir um conhecimento sobre os contracetivos orais é ainda necessário uma maior transmissão de informação aos estudantes universitários sobre determinados aspetos.

Por fim, o Capítulo II aborda a componente de estágio em farmácia comunitária que se realizou na Farmácia Tavares, na Guarda. O estágio permitiu compreender o papel e a importância da farmácia comunitária na nossa sociedade. Neste capítulo são, também, descritas as diversas atividades desenvolvidas e os diferentes campos de intervenção.

## **Palavras-chave**

Adesão aos contraceptivos orais; erros de utilização; conhecimento; farmácia comunitária

# Abstract

The present report represents the conclusion of the Integrated Master's Degree in Pharmaceutical Sciences, at the University of Beira Interior. It is divided into two chapters, the first concerning the research component and the second the professional experience in community pharmacy.

The first chapter, called "Assessment of knowledge on the use of oral contraceptives by female students at the University of Beira Interior" aimed to understand the knowledge of female students at the University of Beira Interior regarding the use of oral contraceptives; a survey was carried out for this purpose. Knowledge about the correct use of contraception is fundamental for the prevention of unwanted pregnancies. Like all hormonal contraceptive methods, oral contraceptives have associated risks and both contraceptive and non-contraceptive benefits. After the analysis of the 141 answers, it was possible to understand that oral contraceptives are the most used method (24.2%), followed by the male condom (11.3%) and the use of both contraceptive methods was also mentioned (8.2%). The mainly mentioned oral contraceptives are of 3rd or 4th generation, and 57% of the participants reported not experiencing adverse effects when starting them. Regarding the procedure when forgetting (66.3%) and the decrease in contraceptive effectiveness when vomiting and/or diarrhea occur (84.2%), it was found that, in general, there was a correct perception of these aspects.

With regard to drug interactions, antibiotics were the most mentioned class of drugs, however, only 8.4% correctly identified the different classes of drugs that cause interactions. There is still some lack of knowledge related to the concomitant use with emergency contraception, periods of rest from the body to the medications and the occurrence of spotting. The results show that despite the existence of knowledge about oral contraceptives, greater transmission of information to university students about certain aspects is still necessary.

Finally, Chapter II addresses the internship component in community pharmacy which took place at Farmácia Tavares, in Guarda. The internship allowed me to understand the role and the importance of community pharmacy in our society. In this chapter, the various activities developed and the different fields of intervention are also described.

## **Keywords**

Adherence to oral contraceptives;usage errors;knowledge;community pharmacy

# Índice

<b>Capítulo 1- Avaliação do conhecimento na utilização de Contraceptivos Orais nas Estudantes da Universidade da Beira Interior</b>	<b>1</b>
Introdução	1
1 Enquadramento Histórico	3
2 Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino	5
2.1 Anatomia	5
2.2 Fisiologia	6
2.2.1 Eixo hipotálamo-hipófise-ovário	6
2.2.2 Hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH)	6
2.2.3 Hormonas gonadotróficas hipofisárias (FSH e LH)	7
2.2.4 Ciclo Menstrual	7
2.2.5 Ciclo Ovário	9
2.2.6 Ciclo Uterino	10
3 Contraceptivos Orais	12
3.1 Tipos de contraceptivos orais	12
3.2 Composição	14
3.3 Mecanismo de ação e eficácia	16
3.3.1 Mecanismo de ação	16
3.3.2 Eficácia	16
3.4 Critérios de elegibilidade para o uso de um contraceptivo	17
3.5 Contraceção oral combinada	17
3.5.1 Aconselhamento para o uso correto de COC	17
3.5.1.1 Regras na utilização (início e esquecimento)	18
3.5.1.2 Utilização de COC em situações particulares	19
3.5.2 Efeitos indesejáveis e riscos contraceptivos	19
3.5.2.1 Efeitos indesejáveis	19
3.5.2.2 Efeitos cardiovasculares	20
3.5.2.3 Risco tromboembólico	21

3.5.2.4	Efeitos carcinogénicos	21
3.5.2.5	Efeitos hepáticos	23
3.5.3	Contraindicações	24
3.5.4	Benefícios não contraceptivos	27
3.6	Contraceção Progestativa Oral	30
3.6.1	Critérios de elegibilidade	30
3.6.2	Aconselhamento para o uso correto de contraceção progestativa oral	31
3.6.3	Desogestrel	32
3.6.4	Drospirenona	33
3.6.5	Riscos e Efeitos Adversos	34
3.6.6	Vantagens e benefícios não contraceptivos	35
3.7	Interações farmacológicas e não farmacológicas	36
3.7.1	Álcool	36
3.7.2	Antiepilépticos	36
3.7.3	Antimicrobianos	38
3.7.4	Antirretrovirais	39
3.7.5	Caféina	40
3.7.6	Corticosteróides	40
3.7.7	Fármacos que induzam vômitos ou diarreia	41
3.7.8	Fármacos que influenciam diretamente a ação clínica do contraceptivo	41
3.7.9	Fármacos utilizados na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais	41
3.7.10	Psicotrópicos	42
3.7.11	Outras interações relatadas	43
3.8	Contraceção em situações médicas e especiais	44
3.8.1	Após aborto	44
3.8.2	Doenças auto-imunes, vasculares e cardiovasculares	44
3.8.3	Doenças metabólicas e endócrinas	48
4	Material e Métodos	50
4.1	Caracterização sociodemográfica e académica da amostra	50

4.1.1	Idade	50
4.1.2	Estado Civil	51
4.1.3	Métodos contraceptivos	51
4.1.4	Ciclo de estudos da amostra	52
4.1.5	Ciclo de estudos da amostra final	53
4.2	Contraceção oral	54
4.2.1	Nome do CO	54
4.2.2	Motivo de toma da contraceção	55
4.2.3	Efeitos adversos	56
4.3	Conhecimento sobre contraceptivos orais	57
4.3.1	Esquecimento do uso do CO	57
4.3.2	Riscos cardiovasculares/ tromboembólico	60
4.3.3	Função principal do CO	61
4.3.4	Ocorrência de hemorragias inesperadas	62
4.3.5	Procedimento em caso de vômitos e/ou diarreia	62
4.3.6	Interações medicamentosas	63
4.3.7	Tabagismo	64
4.3.8	Peso	66
4.3.9	Descanso do CO	66
4.3.10	Ingestão regular de álcool	67
4.3.11	Desejo sexual	68
4.3.12	Contraceção de Emergência	69
4.3.13	Respostas corretas	70
5	Conclusão	72
6	Referências Bibliográficas	75
	<b>Capítulo 2- Relatório de estágio em farmácia comunitária</b>	<b>83</b>
	Introdução	83
1	Organização da Farmácia	84
1.1	Recursos humanos	84
1.1.1	Composição do quadro de pessoal da Farmácia	84
1.1.2	Funções de cada um dos seus elementos	84

1.2	Horário de funcionamento	85
1.3	Localização	85
1.4	Instalações e equipamentos	85
1.4.1	Espaço físico da Farmácia e divisões funcionais	85
1.4.1.1	Área de atendimento ao público	86
1.4.1.2	Área de realização de testes à COVID-19	86
1.4.1.3	Gabinete de atendimento	87
1.4.1.4	Laboratório	87
1.4.1.5	Área de receção de encomendas e área de armazenamento	87
1.4.1.6	Gabinete de direção técnica, zona de descanso e copa	88
1.4.2	Elementos interiores e exteriores da Farmácia	88
1.4.3	Equipamentos gerais e específicos	89
1.5	Recursos informáticos	89
1.5.1	Verificação da existência de qualquer medicamento ou produto de saúde e sua localização nas instalações da Farmácia	89
2	Informação e documentação científica	90
3	Aprovisionamento e armazenamento	90
3.1	Fornecedores	90
3.1.1	Critérios para a seleção de um fornecedor/armazenista	90
3.2	Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde	91
3.3	Armazenamento	91
3.4	Gestão de encomendas	91
3.4.1	Tipos de encomendas	92
3.4.1.1	Encomendas diárias	92
3.4.1.2	Encomendas instantâneas	92
3.4.1.3	Encomendas por Via Verde	92
3.4.1.4	Encomendas diretamente ao fornecedor	92
3.4.2	Receção de uma encomenda	92
3.4.3	Marcação dos preços	93
3.4.4	Controlo dos prazos de validade	93
3.4.5	Devoluções	93

4	Interação farmacêutico-utente-medicamento	94
4.1	Aspetos éticos, deontológicos e técnicos	94
4.2	Farmacovigilância	94
4.3	Reencaminhamento de medicamentos fora de uso (VALORMED)	95
4.4	Programa de entrega de medicamentos de proximidade (PEMProxi)	96
5	Dispensa de medicamentos e produtos de saúde	96
5.1	Prescrições médicas	96
5.1.1	Receção, leitura e confirmação da sua validade	96
5.1.2	Avaliação/Interpretação	99
5.2	Regimes de comparticipação	99
5.2.1	Comparticipação do Estado	99
5.2.2	Regimes excecionais de comparticipação	100
5.2.3	Comparticipação de produtos destinados ao autocontrolo da diabetes <i>mellitus</i>	100
5.2.4	Outros regimes especiais de comparticipação	100
5.2.5	Protocolo de colaboração Solidariedade e Saúde entre o município da Guarda e as farmácias do concelho	101
5.3	Dispensa de psicotrópicos/estupefacientes	101
5.4	Dispensa e aconselhamento de MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF)	102
6	Automedicação	103
6.1	Distinção entre MSRM e MNSRM	103
6.2	Riscos da automedicação	103
6.3	Quadros que podem ser abordados com medidas não farmacológicas	104
6.4	Indicação farmacêutica de um MNSRM	104
7	Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde	105
7.1	Produtos dermocosméticos	105
7.2	Produtos dietéticos para alimentação	105
7.3	Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)	106
7.4	Medicamentos de uso veterinário e produtos de uso veterinário	106
7.5	Dispositivos médicos	107

8	Outros cuidados de saúde prestados na farmácia	108
8.1	Serviços farmacêuticos	108
8.2	Outros serviços disponibilizados	108
8.2.1	Medição de parâmetros bioquímicos	108
8.2.1.1	Medição da glicémia capilar	108
8.2.1.2	Medição da pressão arterial	109
8.2.2	Administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação	109
8.2.3	Consultas de nutrição	110
8.2.4	PharmaShop 24	110
9	Preparação de Medicamentos	110
9.1	Definições	110
9.2	Considerações gerais sobre boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina	111
9.3	Prescrição e dispensa de medicamentos manipulados	111
9.4	Cálculo do preço dos medicamentos manipulados	111
9.5	Preparações extemporâneas	112
9.6	Rotulagem e enquadramento legal	112
9.7	Atribuição da validade ao produto acabado	112
9.8	Bibliografia adequada e necessária para a preparação de manipulados	113
10	Contabilidade e gestão	113
10.1	Processamento e receituário	113
10.2	Formação dos recursos humanos	114
11	Outras actividades	114
12	Contextualização de casos práticos	115
12.1	Tosse	115
12.2	Contraceção de emergência	115
12.3	Dispositivo inalatório	116
12.4	Sono	116
12.5	Infeção urinária	117
13	Conclusão	117

14 Referências Bibliográficas	118
Anexos	121

**Folha em branco**

# Lista de Figuras

- Figura 1 - Estágios de aprovação da pílula. Adaptado de Tyrer, 1999.
- Figura 2 - Aparelho reprodutor feminino. Stanfield, 2014.
- Figura 3 - As diversas linhas traduzem as alterações nos níveis sanguíneos hormonais, folículos e endométrio durante o ciclo. Seeley et al., 2005.
- Figura 4 - Representação da estrutura química do EE. National Center for Biotechnology Information, 2023b.
- Figura 5 - Representação da estrutura química do estradiol. National Center for Biotechnology Information, 2023a.
- Figura 6 – Idade das alunas que realizaram o questionário.
- Figura 7 – Idade das alunas que realizavam contraceção oral.
- Figura 8 – Distribuição dos métodos contraceptivos utilizados.
- Figura 9– Distribuição das 141 alunas por polo
- Figura 10 – Distribuição das 141 alunas por ciclo de estudos
- Figura 11 – Distribuição das 141 alunas por ano curricular
- Figura 12 – Distribuição das 95 alunas por polo
- Figura 13 – Distribuição das 95 alunas por ciclo de estudos
- Figura 14 – Distribuição das 95 alunas por ano curricular
- Figura 15 – Distribuição dos tipos de CO utilizados.
- Figura 16 – Distribuição dos motivos para a utilização de CO
- Figura 17 – Distribuição dos efeitos adversos descritos pelas alunas ao iniciar os contraceptivos orais.
- Figura 18 – Motivos que levaram a não desistir do CO
- Figura 19 – Distribuição das respostas em relação ao procedimento aquando um esquecimento.
- Figura 20 – Distribuição das respostas em relação à influência do esquecimento na eficácia contraceptiva.
- Figura 21 – Distribuição das respostas em relação à utilização de contraceção adicional.
- Figura 22 – Distribuição das respostas em relação à função principal do CO.
- Figura 23 – Distribuição das respostas em relação a hemorragias inesperadas.
- Figura 24 – Distribuição das respostas em relação à eficácia contraceptiva aquando da ocorrência de vômitos ou diarreia
- Figura 25 - Distribuição das respostas em relação à ocorrência de vômitos.
- Figura 26 – Distribuição das respostas em relação a mulheres tabagistas utilizarem CO em simultâneo
- Figura 27 – Distribuição das respostas em relação às situações que permitem o uso de CO numa tabagista.
- Figura 28 – Distribuição das respostas em relação à opinião sobre o aumento de peso provocado pelo CO em todas as mulheres.
- Figura 29 – Distribuição das respostas em relação à opinião sobre a necessidade de proporcionar um descanso do CO ao organismo.
- Figura 30 – Distribuição das respostas em relação à opinião acerca da ingestão regular de álcool influenciar ou não a eficácia do CO.
- Figura 31 – Distribuição das respostas em relação à opinião em relação ao facto de o CO afetar o desejo sexual.
- Figura 32 – Distribuição das respostas em relação à opinião sobre a utilização do CO e a possível existência de alguma dificuldade em engravidar no futuro.
- Figura 33 – Distribuição das respostas em relação à toma da pílula contraceptiva de emergência aquando da ocorrência de um esquecimento da contraceção oral

**Folha em branco**

# Lista de Tabelas

Tabela 1 - Contraceptivos Hormonais Disponíveis em Portugal. Adaptado de Pacheco et al., 2020 e Infomed.

Tabela 2 – Contraceptivos disponíveis no âmbito do SNS . Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 3 – Progestativos usados em CHC. Pacheco et al., 2020.

Tabela 4 – Efeitos dos progestativos nos recetores hormonais. Pacheco et al., 2020.

Tabela 5 – Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção. Pacheco et al., 2020.

Tabela 6 – Orientações para início de CHC. Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 7 – Situações médicas nas quais a utilização de CHC não é recomendada. Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 8 – Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção progestativa. Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 9 – Início do método contraceptivo com progestativo oral isolado. Pacheco et al., 2020.

Tabela 10 – Antiepilépticos e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais. Adaptado de Pacheco et al., 2020; Haseitel & Hardaman, 2021.

Tabela 11 – Antimicrobianos e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais. Pacheco et al., 2020.

Tabela 12 – Antirretrovirais e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais. Pacheco et al., 2020.

Tabela 13 – Fármacos utilizados na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais. Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 14 – Psicotrópicos e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais. Pacheco et al., 2020.

Tabela 15 – Categorias da contraceção em doenças autoimunes e vasculares. Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 16 – Categorias da contraceção em doenças cardiovasculares. Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 17 – Categorias da contraceção em doenças metabólicas e endócrinas. Adaptado de Pacheco et al., 2020.

Tabela 18 – Esquecimento do uso do CO.

Tabela 19 – Distribuição das respostas em relação aos riscos cardiovasculares/ tromboembólicos.

Tabela 20 – Distribuição das respostas relacionadas com interações medicamentosas.

Tabela 21 – Caracterização dos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos orais da amostra.

Tabela 22 - Lista de alguns medicamentos abrangidos pela Via Verde do Medicamento. Adaptado INFARMED-Protocolo-Via-Verde-Medicamento, 2018.

Tabela 23 - Lista de DCI de MNSRM-EF e respetivas indicações terapêuticas. Adaptado de Infarmed, 2022.

Tabela 24 - Lista de situações passíveis de automedicação. Ministério Da Saúde. Despacho n.o 17690/2007, de 10 de Agosto. Diário Da República n.o 154/2007, Série II, 2007.

Tabela 25 - Classificação dos dispositivos médicos. INFARMED, 2016.

**Folha em branco**

## Lista de Acrónimos

AUP	Acetato de ulipristal
AVC	Acidente vascular cerebral
BPF	Boas Práticas Farmacêuticas
CHC	Contraceativo hormonal combinado
CO	Contraceativo oral
COC	Contraceativo oral combinado
CYP	Superfamília das enzimas Citocromo P450
DCI	Denominação Comum Internacional
DIU	Dispositivo intrauterino
DT	Diretora Técnica
EE	Etinilestradiol
EP	Embolismo pulmonar
FC	Farmácia comunitária
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FSH	Hormona folículo estimulante
FT	Farmácia Tavares
GnRH	Hormona libertadora de gonadotrofinas
HDL	<i>High density lipoprotein</i>
HTA	Hipertensão arterial
IMC	Índice de massa corporal
INFARMED, I.P	Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P.
LDL	<i>Low density lipoprotein</i>
LH	Hormona luteinizante
MNSRM	Medicamentos Não Sujeitos a Receita Médica
MNSRM-EF	Medicamento não sujeito a receita médica de dispensa exclusiva em farmácia
MSRM	Medicamentos Sujeitos a Receita Médica
OMS	Organização Mundial de Saúde
PO	Progestativo oral
PRVR	Portal de Requisição de Vinhetas e Receita
PVF	Preço de venda à farmácia
PVP	Preço de venda ao público
RAM	Reações adversas a medicamentos
SNS	Sistema Nacional de Saúde
SOP	Síndrome dos Ovários Policísticos
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TEV	Tromboembolismo venoso
UBI	Universidade da Beira Interior

**Folha em branco**

# **Capítulo 1 - Avaliação do conhecimento na utilização de Contraceptivos Orais nas Estudantes da Universidade da Beira Interior**

## **Introdução**

Estima-se, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), que em cada ano, 33 milhões de gravidezes não planeadas ocorram devido ao uso ineficaz do método contraceptivo ou à falha do mesmo. Existe uma maior prevalência de gravidezes indesejadas aquando do uso de métodos contraceptivos tradicionais, contudo, substituindo estes por métodos contraceptivos modernos podem-se reduzir as falhas contraceptivas em mais de 40% (World Health Organization, 2012).

Em 2019, dentro do grupo de 1,9 bilhões de mulheres em idade reprodutiva (15-49 anos), 1,1 bilhão necessitava de planeamento familiar. Sendo que 842 milhões já utilizavam métodos contraceptivos enquanto que 270 milhões necessitavam de contraceção. Nas últimas duas décadas, o número de mulheres que pretendem usufruir do planeamento familiar aumentou acentuadamente, de 900 milhões em 2000 para quase 1,1 bilhão em 2020. Adicionalmente, houve um aumento na proporção das mulheres em idade reprodutiva que têm as suas necessidades de planeamento familiar satisfeitas usando os métodos contraceptivos modernos, verificando-se um aumento gradual de 73,6% em 2000 para 76,8% em 2020. Existem diversas razões que explicam este aumento não tão acentuado como seria desejável, como sejam: o acesso limitado aos serviços, como o planeamento familiar, particularmente entre os jovens, os mais pobres e os solteiros; o medo ou experiência de efeitos adversos; a má qualidade dos serviços disponíveis, entre outros (World Health Organization, 2020).

Os métodos contraceptivos podem ser hormonais ou não hormonais. No que toca aos métodos hormonais, existem os que contêm na sua composição um estrogénio e um progestagénio, como acontece em contraceptivos orais combinados (COC), em anéis vaginais e adesivos transdérmicos, ou os que possuem apenas um progestagénio, como ocorre em contraceptivos orais progestativos, sistemas intrauterinos, injetáveis intramusculares e implantes subcutâneos. Uma das formas mais utilizadas de contraceção reversível é o uso de contraceptivos orais (CO). Porém, embora sejam de fácil utilização, existe ainda uma falta de conhecimento em relação ao correto uso dos mesmos. O desconhecimento acerca dos diferentes efeitos adversos pode levar a uma interrupção precoce do método, a incompreensão em relação a interações medicamentosas, à correta utilização entre outros pode levar à falha do mesmo e, conseqüentemente, a uma gravidez não planeada (Hall et al., 2010).

Os efeitos secundários dos CO são um dos motivos para que haja a referida descontinuação precoce do método. No entanto, caso exista um maior conhecimento em relação aos seus efeitos não contraceptivos pode ser possível a continuidade do seu uso (Hall et al., 2014a).

A transição dos estudantes para o ensino superior envolve diversos desafios e exigências, não só académicas, como também sociais e pessoais. De facto, o início da vida adulta é uma fase propensa a comportamentos sexuais de risco (Tavares et al., 2017). Assim, é cada vez mais importante o investimento na educação para a saúde para que seja possível adotarem-se comportamentos sexuais seguros e conscientes. Aqui, o papel do farmacêutico pode ser essencial já que na maioria das vezes é dos primeiros profissionais de saúde a quem a mulher se dirige. Deste modo, é muito importante que este profissional se encontre informado sobre os diferentes métodos contraceptivos existentes, incluindo os benefícios e efeitos adversos, e os cuidados na sua utilização.

# 1. Enquadramento histórico

Desde sempre existiu um interesse sobre o tema da contraceção, sendo que a referência mais antiga à mesma remete para 1.550 AC, concretamente para o papiro de Ebers, sucedendo-se outros escritos relevantes. A maioria destes documentos refere procedimentos mecânicos (lavagens vaginais) ou químicos na vagina. Na passagem do século XIX para o XX, começou-se a entender que a indução de um estado hormonal que fosse idêntico ao início de uma gestação, poderia ser usado como um método contraceutivo (Vieira Baptista et al., 2007).

Em 1930, Reiprich sugeriu que a ação contraceutiva dos estrogénios poderia estar relacionada com a inibição da hipófise. Apesar de o conceito de contraceção com hormonas ainda não estar completamente esclarecido nessa altura, o mecanismo de ação tinha sido inferido corretamente (Goldzieher, 1993).

Em 1938, desenvolveu-se a 17 $\alpha$ -etiniltestosterona, por Inhoffen e Hohlweg, e em 1941, o etinilestradiol (EE), sendo que isto ajudou a abrir o caminho para o desenvolvimento dos CO. A supressão intencional da ovulação em mulheres, foi descrita pela primeira vez em 1944, e, para isso, foram usados 20mg de progesterona diários (Vieira Baptista et al., 2007).

Em 1945, Albright identificou o potencial de determinadas doses de estrogénios serem utilizadas como método contraceutivo, pelo facto de conseguirem inibir a ovulação (Goldzieher, 1993).

Foram aprovados, em 1957, pela FDA (*Food and Drug Administration*), dois produtos progestagénicos, a noretisterona ou noretindrona (Norlutin<sup>®</sup>, da Syntex) e o noretinodrel (Enovid<sup>®</sup>, da Searle). No entanto o uso destes encontrava-se limitado ao tratamento de distúrbios menstruais, apesar de na indústria farmacêutica ser conhecido que poderiam ser usados com uma finalidade contraceutiva. No entanto, existia uma certa relutância em solicitar a aprovação da FDA para este uso. De facto, para fins contraceutivos, a mulher teria que tomar um medicamento diário durante 21 dias, o que para mulheres saudáveis poderia ser difícil de aceitar. Além disso, o seu custo seria de aproximadamente 10 dólares mensais, o que naquela época seria dispendioso. Existiam também preocupações com a desaprovação religiosa que poderia acontecer por parte da população. Por fim, os fabricantes também se preocupavam com os efeitos adversos que poderiam ocorrer quando se realiza a supressão da ovulação a longo prazo. A Searle foi, em 1959, a primeira entidade a arriscar a venda da Enovid<sup>®</sup> para fins contraceutivos, sendo que a FDA aprovou esta aplicação suplementar em 1960. Passados dois anos, a empresa Ortho conseguiu a aprovação de outro CO, Ortho-Novum<sup>®</sup>, conforme indicado cronologicamente na Figura 1 (Tyrrer, 1999). Na Europa, no ano a seguir à introdução da Enovid<sup>®</sup>, é lançada a Anovlar<sup>®</sup> (Vieira Baptista et al., 2007). Em 1963, a Schering também lançou em Portugal a Anovlar<sup>®</sup>, sendo que esta se encontrava para venda como um “regulador do ciclo menstrual” e não como um método contraceutivo (ANF, 2015).

Infelizmente, em 1962 já tinham sido reportados efeitos adversos graves a este tipo de medicamentos, nomeadamente 132 relatos de tromboembolismo, incluindo 11 mortes (Tyrer, 1999).

Inman e a sua equipa, em 1970, através da análise de relatórios sobre ocorrências de tromboembolismo referenciadas no Reino Unido, Suécia e Dinamarca, concluíram que consoante as diversas formulações contraceptivas existiam diferentes riscos. A análise de estudos epidemiológicos anteriores permitiu também chegar à conclusão que estes casos estavam relacionados com os CO que continham na sua composição doses mais altas de estrogénios (Inmais et al., 1970).

Assim, a investigação tem sido orientada no sentido de diminuir a dose das hormonas (tanto dos progestativos como dos estrogénios). Esta diminuição vem no sentido de tentar reduzir os efeitos colaterais no que toca ao sistema hemostático e às funções metabólicas, embora sempre de forma a que não ocorra uma diminuição da eficácia (Vieira Baptista et al., 2007).

Em 1967, é criada a associação para o planeamento da família de forma a promover, em Portugal, o planeamento familiar. Esta associação encontra-se registada no Diário do Governo de 17 de Agosto de 1967, embora as primeiras reuniões para a sua criação tivessem ocorrido em 1966. A 24 de Março de 1976, a associação para o planeamento da família com a colaboração da Direção-Geral da Saúde publica a primeira legislação sobre o planeamento familiar, o que leva à criação de consultas de planeamento familiar nos serviços de saúde. Espelhando esta situação precursora aprovada em 1976, a própria Constituição da República (Art.º 67º, N.º2, d) contém o direito ao planeamento familiar (APF, 2018).

Em 2014, segundo o Inquérito Nacional de Saúde, 54,7% da população feminina (15-55 anos) declarou ter usado um método contraceptivo nos 30 dias anteriores à entrevista, sendo que os CO foram mencionados como principal método de contraceção por 69,7% (Inquérito Nacional de Saúde 2014, 2016).

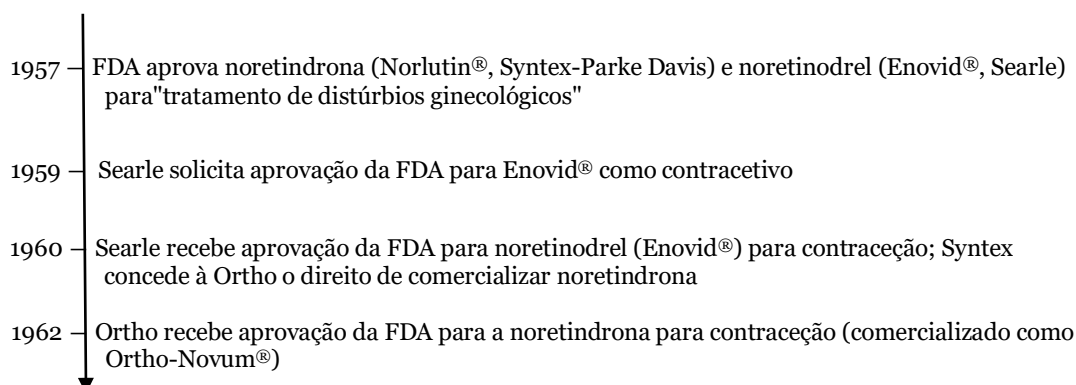


Figura 1 – Estágios de aprovação dos contraceptivos orais (Adaptado de Tyrer, 1999)

## **2 Anatomia e fisiologia do sistema reprodutor feminino**

O sistema reprodutor feminino, entre outras funções, é responsável pela produção de hormonas sexuais femininas que permitem a manutenção do normal funcionamento do ciclo reprodutivo (APF, 2022).

Os estrogénios e os progestagénios endógenos são hormonas que produzem inúmeros efeitos fisiológicos. Nas mulheres, têm ações no desenvolvimento das características sexuais secundárias femininas durante a puberdade, no controlo da ovulação, na preparação cíclica do trato reprodutivo para a fertilização e implantação, e ainda no metabolismo de minerais, hidratos de carbono, proteínas e lípidos (Levin, Ellis R.; Vitek, Wendy S.; Hammes, 2017).

### **2.1 Anatomia**

No que toca ao aparelho genital feminino, este é composto por órgãos interiores (ovários, trompas de Falópio, útero e vagina) e por órgãos exteriores (monte púbico, grandes e pequenos lábios, vestibulo ou espaço interlabial, clítoris e bulbos vestibulares e ainda glândulas anexas como as uretrais, parauretrais e vestibulares) (Bernardes, 2009). A figura 2 representa o aparelho reprodutor feminino. Desde a puberdade até à menopausa, alguns destes órgãos sofrem alterações cíclicas.

Os ovários possuem numerosos folículos ováricos, sendo que cada um contém um oócito. Este será o futuro óvulo, cujo processo de produção (oogénese) ocorre dentro dos ovários (VanPutte et al., 2014). Estes encontram-se situados nas fossas ováricas, por baixo e atrás das trompas de Falópio. Estas estendem-se do ovário aos cornos do útero, existindo uma abertura para este órgão (orifício uterino) e outra para a cavidade pélvica (orifício abdominal). O infundíbulo é a zona mais lateral da trompa de Falópio, possuindo um bordo livre com pregas (as fimbrias) que se encontram intimamente relacionadas com o ovário. O útero é um órgão fibromuscular oco em forma de pêra, e tem a função de albergar o ovo fecundado durante o seu desenvolvimento e a manutenção da gravidez até ao seu término (Bernardes, 2009).

A camada mais interior do útero é o endométrio, que é constituído por duas camadas: uma camada basal, fina e profunda, e uma camada funcional superficial mais espessa. A camada funcional possui este nome devido às alterações e descamação que ocorrem durante o ciclo menstrual. A cavidade uterina, internamente, continua como canal cervical, abrindo-se através do óstio para a vagina (VanPutte et al., 2014).

A vagina é um canal musculomembranoso, sendo que a sua metade superior se encontra na pélvis menor e a metade inferior no períneo (Bernardes, 2009). Tem como função receber o pénis durante a penetração, permitir a passagem do fluxo menstrual para o exterior e ainda permitir o nascimento (VanPutte et al., 2014).

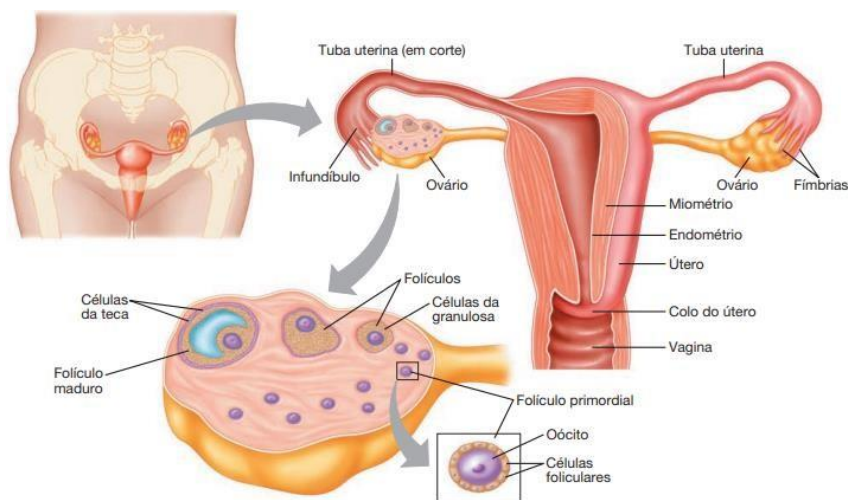


Figura 2 - Aparelho reprodutor feminino (Stanfield, 2014)

## 2.2 Fisiologia

### 2.2.1 Eixo hipotálamo-hipófise-ovário

O ciclo menstrual é controlado por uma cascata neuroendócrina que envolve o hipotálamo, a hipófise e os ovários (Levin, Ellis R.; Vitek, Wendy S.; Hammes, 2017). Estes geram substâncias que se influenciam e modulam entre si. O sistema hipotálamo-hipófise representa o centro de controle, sendo o hipotálamo o principal órgão regulador. Já a hipófise tem a função de intermediário entre o hipotálamo e os ovários. Durante o ciclo menstrual, as concentrações de hormonas produzidas por estas três estruturas variam consoante a situação fisiológica em que se encontra (Ordem dos Farmacêuticos, 2006).

As gonadotrofinas, a hormona folículo estimulante (FSH) e a hormona luteinizante (LH) regulam o crescimento e maturação do folículo de graaf e também a produção de estradiol e progesterona, as quais vão exercer na hipófise e no hipotálamo uma regulação por *feedback* (Levin, Ellis R.; Vitek, Wendy S.; Hammes, 2017).

No final do ciclo menstrual, devido aos níveis diminuídos de estrogénios e progesterona, o hipotálamo segrega e liberta, para o sistema porta hipotálamo-hipófise, a hormona libertadora de gonadotrofinas (GnRH) (Ordem dos Farmacêuticos, 2006).

### 2.2.2 Hormona libertadora de gonadotrofinas

O primeiro regulador da via hipotálamo-hipófise-ovário é a GnRH pelo que esta desempenha um papel crítico na regulação da reprodução. A GnRH é um decapeptido, libertado de forma pulsátil pelos neurónios do hipotálamo, que é transportado até à hipófise anterior para desencadear a libertação da FSH e da LH (Chow, 2008; Cheung & Wong, 2008).

Uma vez que a secreção de GnRH é intermitente, a libertação de LH e FSH também é pulsátil (Levin, Ellis R.; Vitek, Wendy S.; Hammes, 2017).

Esta natureza de libertação intermitente da GnRH é essencial para a manutenção dos ciclos menstruais, uma vez que a sua libertação constante resulta na cessação da secreção das

gonadotrofinas e na produção de esteróides pelos ovários. As hormonas produzidas pelos ovários regulam a frequência de libertação da GnRH por *feedback* (Levin, Ellis R.; Vitek, Wendy S.; Hammes, 2017).

### **2.2.3 Hormonas gonadotróficas hipofisárias (FSH e LH)**

As gonadotrofinas são glicoproteínas formadas por subunidades alfa e beta, sendo a subunidade alfa comum a todas as glicoproteínas (Holesh & Lord, 2023). Ao contrário destas, as cadeias beta conferem a especificidade biológica (Martins do Vale & Andresen Leitão, 1984).

A FSH é sintetizada e libertada pela hipófise anterior em resposta à produção pulsátil de baixa frequência de GnRH. A FSH é responsável pela estimulação da maturação dos folículos ováricos e, com ela, a libertação de estrogénios que vão influenciar o desenvolvimento folicular e levam ao crescimento do endométrio (Ordem dos Farmacêuticos, 2006; Holesh & Lord, 2018).

A LH é sintetizada e libertada pela hipófise anterior, em resposta à produção pulsátil de alta frequência de GnRH. Esta gonadotrofina vai influenciar, principalmente, a produção de progesterona pelo corpo amarelo, sendo também responsável pela transformação secretória do endométrio, de modo a que este fique preparado para receber um óvulo fertilizado (Ordem dos Farmacêuticos, 2006 ; Holesh & Lord, 2018).

As células da teca são células somáticas que estão presentes no folículo em desenvolvimento (SPMR, 2016b). A teca interna apenas possui recetores de LH e forma-se aquando da condensação das células conjuntivas que envolvem o folículo. Esta, ao contrário da granulosa, é vascularizada (Santos, 2009). As células da granulosa rodeiam o oócito no folículo. As suas funções são a proteção e suporte do gâmeta feminino (SPMR, 2016a). A LH estimula as células da teca interna para produzir androgénios, os quais se difundem dessas células para as células da granulosa. A FSH estimula as células granulosas a converterem os androgénios em estrogénios (VanPutte et al., 2014).

### **2.2.4 Ciclo Menstrual**

Usualmente, o ciclo menstrual tem uma duração de 28 dias, embora em algumas mulheres este possa ser tão curto como 18 dias ou tão longo como 40 dias. A menstruação corresponde a um período de hemorragia moderada, que aproximadamente ocorre uma vez por mês, no qual o epitélio uterino se desprende da parede uterina e é expulso do útero. O primeiro dia da menstruação (também comumente designada como período), que geralmente dura 4 a 5 dias, é considerado o primeiro dia do ciclo menstrual. A ovulação acontece por volta do 14º dia do ciclo menstrual, quando se trata de um ciclo de 28 dias. No entanto, o momento da ovulação pode variar de indivíduo para indivíduo e, no mesmo indivíduo, de um ciclo menstrual para o outro. O tempo que decorre entre o primeiro dia da menstruação e o dia da ovulação é mais variável do que o intervalo de tempo entre a ovulação e a próxima menstruação (VanPutte et al., 2014).

O ciclo menstrual encontra-se dividido em 3 fases, fase folicular (ou proliferativa), ovulação e fase lútea (ou secretora). Na figura 3 as diversas linhas traduzem as alterações nos níveis sanguíneos hormonais, folículos e endométrio durante o ciclo menstrual.

A fase proliferativa é o tempo entre o final da menstruação e a ovulação, ocorrendo a rápida proliferação da mucosa uterina. Esta fase pode também ser designada como fase folicular, devido ao rápido desenvolvimento dos folículos ováricos (VanPutte et al., 2014). No início desta fase, ocorre uma pequena elevação da FSH, que é responsável pelo recrutamento dos folículos ativos e também pelo começo da produção dos estrogénios que são responsáveis pela maturação dos mesmos. Os estrogénios são sintetizados pelas células da granulosa do folículo em desenvolvimento e exerce um *feedback* negativo que leva a uma redução dos níveis de FSH, os quais depois aumentam significativamente, atingindo o seu pico máximo em simultâneo com a elevação dos níveis da LH, já próximo da ovulação. Os estrogénios têm também níveis cada vez mais altos, exercendo um efeito de *feedback* positivo, o que estimula a libertação em abundância de FSH e LH (Ordem dos Farmacêuticos, 2006;Holesh & Lord, 2023).

O nível mais alto de LH que ocorre perto do meio do ciclo é a condição para que ocorra a ovulação, sendo que esta acontece cerca de vinte horas mais tarde. Após a descamação do endométrio aquando da menstruação, através da atividade dos estrogénios foliculares na fase proliferativa, começa o crescimento de uma nova camada funcional. No fim desta fase, a camada funcional do endométrio apresenta uma espessura de cerca de 6 a 8 milímetros.

Como já referido, a ovulação ocorre, geralmente, no 14.<sup>o</sup> dia do ciclo menstrual. O ovócito libertado é captado pelo pavilhão da trompa e conduzido para o lugar onde pode ocorrer a fecundação, que deverá suceder dentro das primeiras 24 a 36 horas após a sua libertação (Ordem dos Farmacêuticos, 2006).

A fase secretora é o período após a ovulação e antes da menstruação seguinte, ocorrendo a maturação e secreção das glândulas uterinas, podendo ser designada de fase lútea devido à existência do corpo lúteo (VanPutte et al., 2014). Durante esta fase, as concentrações de FSH e de LH diminuem acentuadamente e depois mantêm-se baixas. O corpo amarelo liberta, essencialmente, progesterona, e também estrogénios, mas em menor quantidade. Após se atingir o pico de LH, os níveis de progesterona aumentam até 6 a 8 dias. Caso não ocorra fecundação, o corpo amarelo possui uma duração autolimitada, sendo que, 9 a 11 dias após a ovulação, começa o seu processo degenerativo. No final desta fase, como o corpo amarelo reduziu a produção hormonal, vai ocorrer a descamação da camada funcional do endométrio (Ordem dos Farmacêuticos, 2006).

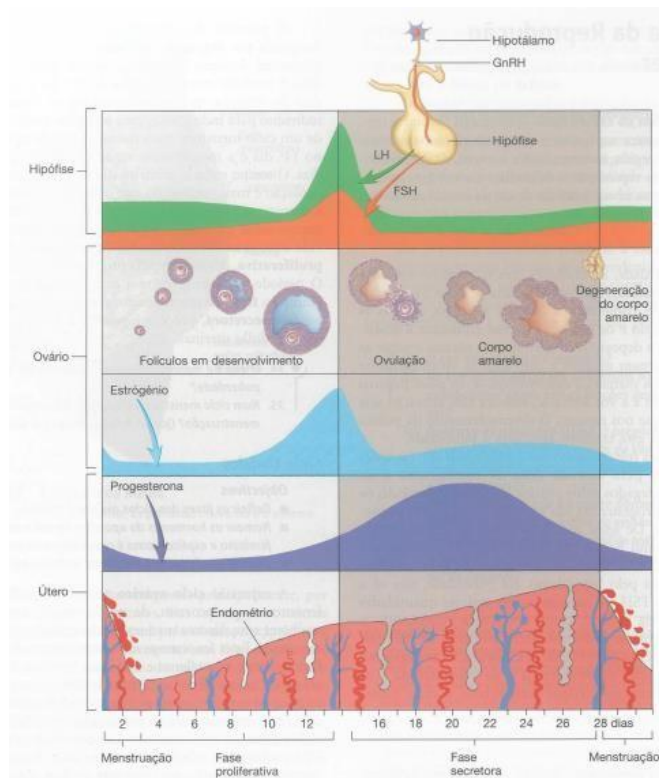


Figura 3 – As diversas linhas traduzem as alterações nos níveis sanguíneos hormonais, folículos e endométrio durante o ciclo (Seeley et al., 2005)

### 2.2.5 Ciclo Ovário

A principal responsável pelo começo do desenvolvimento dos folículos primários (apenas 25 folículos começam a amadurecer) é a FSH. Estes folículos podem não eclodir durante o mesmo ciclo menstrual em que começam a amadurecer, podendo sofrer este processo até um ou dois ciclos depois. Apesar de diversos folículos iniciarem a maturação, geralmente, apenas um liberta o óvulo, sendo que os restantes degeneram. Os folículos maiores e mais maduros libertam estradiol e outras substâncias (como a inibina), que possuem um efeito inibitório sobre outros folículos menos maduros.

No início do ciclo menstrual, existe um aumento da libertação de GnRH, tal como aumenta a sensibilidade da hipófise anterior a esta. Estas modificações vão levar à libertação de pequenas quantidades de FSH e LH pela hipófise anterior (VanPutte et al., 2014). O crescimento e o desenvolvimento foliculares são estimulados por estas duas hormonas (FSH e LH) e também o aumento na libertação de estrogénios pelos folículos em desenvolvimento (Stanfield, 2014; VanPutte et al., 2014). Como supracitado, a ação da LH leva ao aumento da produção de androgénios pelas células da teca interna, as quais se difundem para o interior das células da granulosa, que pelo efeito da FSH e do aumento da atividade enzimática da aromatase, convertem os androgénios em estrogénios. Isto resulta no aumento gradual da libertação de estrogénios pelas células da granulosa durante a fase folicular, embora exista apenas um ligeiro aumento na libertação da LH (VanPutte et al., 2014; SPMR, 2016b; Reed & Carr, 2018).

Os níveis de FSH decrescem durante a fase folicular porque os folículos libertam inibina, que possui um efeito de *feedback* negativo (VanPutte et al., 2014; Reed & Carr, 2018). O aumento

progressivo nos níveis de estrogénios, particularmente no fim da fase folicular, começa a provocar um efeito de *feedback* positivo na secreção de LH e FSH da hipófise anterior. Em resposta, a libertação destas hormonas aumenta rapidamente e em extensas quantidades no momento antes da ovulação. O pico de LH acontece várias horas antes e em maior grau do que o pico de FSH, podendo durar até 24 horas. O pico de LH provoca o início da ovulação e determina a transformação do folículo ovulado em corpo amarelo. A FSH pode tornar o folículo mais sensível à LH, estimulando a síntese de recetores adicionais de LH nos folículos e ainda o desenvolvimento de folículos que podem ovular durante ciclos seguintes.

Após a ovulação, o folículo diminui a produção de estrogénios e, à medida que as células da granulosa são convertidas em células do corpo lúteo, inicia-se a secreção de progesterona. Os níveis desta são muito mais altos após a formação do corpo lúteo do que antes da ovulação, produzindo-se também estradiol, embora em níveis bem mais baixos. O aumento dos níveis destas hormonas exerce um efeito de *feedback* negativo na secreção de GnRH, o que tem como consequência a diminuição da libertação de FSH e LH. Este aumento torna também a hipófise menos sensível ao GnRH (VanPutte et al., 2014).

Quando não ocorre a fertilização, as células do corpo lúteo começam a atrofiar e os níveis de estrogénios e progesterona decrescem rapidamente, resultando na menstruação (Santos, 2009; VanPutte et al., 2014).

### **2.2.6 Ciclo Uterino**

O ciclo uterino é uma expressão que se refere às alterações que acontecem principalmente no endométrio durante o ciclo menstrual. As secreções cíclicas de estrogénios e progesterona são as principais causas dessas mudanças. O endométrio inicia a proliferação após a menstruação, e as células que foram descamadas na última menstruação vão ser substituídas por novas células epiteliais, formadas a partir de células epiteliais remanescentes, que dividem rapidamente nesta fase (VanPutte et al., 2014).

A seguir à ovulação, o endométrio torna-se mais espesso e começa a secreção de um líquido rico em glicogénio, que o embrião utiliza como fonte de energia no seu desenvolvimento inicial (VanPutte et al., 2014; Stanfield, 2014). Aproximadamente 7 dias depois da ovulação, caso tenha ocorrido fecundação, o endométrio está preparado para receber o embrião. Se este chegar ao útero mais cedo ou mais tarde, o ambiente não será viável para ele. O estradiol faz com que as células endometriais proliferem e também permite que o tecido uterino se torne mais sensível à progesterona (VanPutte et al., 2014).

Depois da ovulação, a progesterona produzida pelo corpo lúteo vai-se ligando aos seus recetores no útero, o que leva a uma hipertrofia celular no endométrio e no miométrio e torna essas células endometriais mais secretoras (VanPutte et al., 2014).

Quando não ocorre a fecundação, os níveis de progesterona e de estrogênios decrescem para níveis baixos à medida que o corpo lúteo degenera, tendo como consequência a degeneração do revestimento uterino (VanPutte et al., 2014; Stanfield, 2014).

A diminuição dos níveis de progesterona e o aumento de substâncias inflamatórias que estimulam as células do miométrio vão causar contrações uterinas e, dessa forma, expulsam os conteúdos menstruais através do colo do útero e da vagina (VanPutte et al., 2014).

## **3 Contracetivos Orais**

No decurso do tempo, as formulações dos CO foram evoluindo, aumentando-se a segurança, tolerabilidade, e mantendo a eficácia contracetiva. A contraceção oral, para além de evitar uma gravidez indesejada, confere também diversos efeitos benéficos não contracetivos. Porém, o seu uso encontra-se também associado a riscos, sendo que os efeitos colaterais mais comuns são autolimitados e tendem a melhorar com o aumento da duração do uso. As pesquisas contínuas no que toca ao desenvolvimento dos CO oferecem o potencial para melhorias ainda maiores, relativamente à segurança e tolerabilidade (Dragoman, 2014).

### **3.1 Tipos de contracetivos orais**

Antigamente existiam CO sequenciais, sendo que estes foram concebidos de forma a inibir a ovulação com a utilização de apenas um estrogénio ao qual, na segunda fase do ciclo, era adicionado um progestativo de forma a preparar o endométrio para a hemorragia de privação. Este método atualmente já não é utilizado devido às altas doses de estrogénios (Oclander, 1966).

Atualmente, existem diversas formulações de CO disponíveis, sendo que estes podem ser multifásicos (bifásicos, trifásicos ou quadrifásicos) ou monofásicos. Os CO monofásicos fornecem uma dose fixa de um estrogénio e um progestagénio durante o ciclo (21 comprimidos com princípio ativo seguido de 7 dias de interrupção ou placebo). Em contraste, nos multifásicos há variação da dose administrada de uma ou ambas as hormonas esteróides ao longo dos dias. Estes CO foram criados com a intenção de reduzir a exposição total às hormonas e os seus efeitos colaterais, produzindo então ciclos que se assemelhavam mais à fisiologia normal. Porém, diversas revisões sistemáticas concluíram que os contracetivos multifásicos não oferecem uma proteção contracetiva maior ou revelam qualquer vantagem clínica sobre os regimes monofásicos. Visto que não existem maiores benefícios relativamente à utilização de multifásicos e que estes exigem uma adesão mais rígida, devido à variação de hormonas, levando ao aumento da probabilidade de utilização incorreta e conseqüentemente uma gravidez indesejada, o uso de regimes monofásicos pode ser preferido (Dragoman, 2014).

O CO bifásico é constituído por 2 comprimidos com duas doses diferentes, para que exista uma semelhança com o ciclo menstrual natural, no que toca ao padrão de aumento e diminuição de estradiol e progesterona. Comparando com os antigos CO monofásicos, os bifásicos permitem uma menor dosagem mensal de esteróides. No entanto, este CO encontra-se associado a algumas desvantagens, como o declínio do controlo do ciclo e uma maior incidência na gravidez (Associação para o planeamento da família, 2022 ; Van Vliet et al., 2006).

O CO trifásico teve a sua introdução na década de 1980 e é constituído por 3 comprimidos com três doses, fornecendo diferentes quantidades de hormonas ao longo de três semanas. Em relação ao método anterior, o CO trifásico permite uma semelhança ainda maior com o ciclo menstrual natural. Adicionalmente, tal como o bifásico, em alguns casos, a dosagem de esteróides é menor em comparação com os CO monofásicos mais antigos. Alguns estudos

relatam que as mulheres utilizadoras de CO trifásicos têm padrões de hemorragia mais favoráveis, isto é, menos *spotting* ou até amenorreia. As desvantagens potenciais deste método incluem um risco aumentado de erros no que toca à ingestão dos CO uma vez que existem comprimidos de diferentes cores, que podem gerar confusão à utilizadora e levar a erros na toma dos mesmos, e ainda uma maior ocorrência de uma gravidez não desejada (H. A. Van Vliet, Grimes, et al., 2011).

Os CO quadrifásicos, tal como os anteriores, foram desenvolvidos para reduzir os efeitos adversos dos CO, assemelhando-se também ao ciclo menstrual natural. Tal como os restantes CO estes exibem algumas desvantagens, como um possível aumento do risco de erros na toma do comprimido devidos às diferentes cores que possuem podendo levar a uma confusão por parte da utilizadora na hora da toma. Para além do regime de dose em mudança as instruções aquando o esquecimento de um comprimido são complexas (H. A. Van Vliet, Raps, et al., 2011).

Os CO multifásicos exigem uma adesão mais consistente e o cumprimento da ordem específica de toma, devido à variação da dose das hormonas esteróides ao longo do tempo. Assim pode haver aumento da probabilidade de uso incorreto e, conseqüentemente, de uma gravidez indesejada. Diversos estudos observacionais indicaram que também podem estar associados a mais efeitos colaterais e maiores taxas de descontinuação, em comparação com os CO monofásicos (Dragoman, 2014; H. A. A. M. Van Vliet et al., 2006).

As embalagens tradicionais dos CO (21/7) são compostas por 21 comprimidos constituídos pelas hormonas e 7 dias de pausa/placebo para induzir hemorragia de privação, semelhante à menstruação natural. Foram também desenvolvidos regimes com um período placebo reduzido e/ou baixas doses de um estrogénio, de forma a reduzir a duração da hemorragia de privação e os efeitos colaterais, tais como, por exemplo, as cefaleias e a dismenorreia. Diversos estudos evidenciaram que a utilização de regimes 24/4 (24 comprimidos constituídos pelas hormonas seguido de 4 comprimidos de placebo) resultou numa hemorragia programada mais leve de menor duração ou nenhuma diferença no que toca a hemorragias não programadas, mantendo a eficácia contraceptiva dos regimes 21/7. Regimes prolongados de COC permitem que exista um melhor planeamento da hemorragia de privação ou até mesmo a sua eliminação. Os ensaios clínicos existentes sugerem uma eficácia contraceptiva, segurança, satisfação semelhantes e padrões de hemorragia similares ou ligeiramente melhorados nos regimes prolongados em comparação ao uso cíclico. De facto, as mulheres relatam que no uso prolongado existem um maior alívio dos sintomas menstruais, tais como cefaleias, inchaço e dor menstrual (Dragoman, 2014).

Existe ainda o CO constituído apenas por progestagénios, sendo que este está indicado para casos em que não se pode ou não se deve utilizar estrogénios, como por exemplo, durante a amamentação (Associação para o planeamento da família, 2022). A frequência/horário de administração tem de ser rigorosamente cumprida a cada 24 horas e a

toma de indutores enzimáticos facilmente diminui a sua eficácia por aceleração da degradação hepática dos esteróides (Varela, 2009a).

### 3.2 Composição

Como supracitado, existem dois tipos de CO: os constituídos apenas por progestativos e os combinados (Anexo 1). Os COC são constituídos por uma associação entre estrogénios sintéticos e um dos diversos progestativos existentes, que variam em potência, afinidade para os recetores, interação com estrogénios e efeitos fisiológicos (Dragoman, 2014; Varela, 2009).

O mestranol era usado nos primeiros contraceptivos hormonais, no entanto, acabou por ser abandonado, uma vez que tinha de ser metabolizado a EE para ser reconhecido pelos recetores de estrogénios. Nos dias de hoje, o estrogénio sintético que faz parte da composição da maioria dos contraceptivos hormonais combinados (CHC) é o EE (figura 4). Este é uma forma modificada do estradiol endógeno (figura 5), estando presente um grupo etinilo na posição C17 $\alpha$ , o que, em comparação com o estradiol, permite retardar a sua degradação no organismo e aumentar a sua semivida, tornando-o ativo por via oral. Como já foi referido, ao longo dos anos tem ocorrido uma diminuição da dose administrada de EE, visto que esta está relacionada com os riscos e efeitos adversos. As doses atualmente comercializadas variam entre 15 e 35  $\mu$ g (Pacheco et al., 2020; Varela, 2009). As formulações com estrogénios comercializadas em Portugal são também constituídas por valerato de estradiol ou estradiol (Anexo 1). Estes parecem possuir menos efeitos metabólicos e um perfil de segurança teoricamente superior ao EE, no entanto, é preciso ainda uma confirmação destes dados através de estudos randomizados (Pacheco et al., 2020).

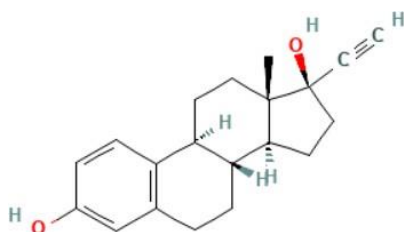


Figura 4 - Representação da estrutura química do EE (National Center for Biotechnology Information, 2023b)

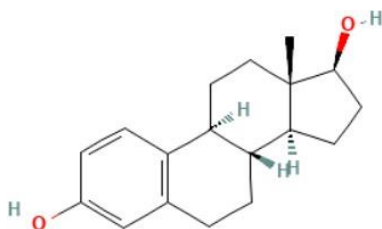


Figura 5 - Representação da estrutura química do estradiol (National Center for Biotechnology Information, 2023a)

No que toca aos progestativos, o seu desenvolvimento iniciou-se na década de 1950, tendo os primeiros sido preparados a partir da testosterona. Ao eliminar o metilo da posição 19, presente na estrutura da testosterona, reduziram-se as propriedades androgénicas e potenciaram-se as

propriedades progestativas, existindo também uma ação estrogénica fraca (Varela, 2009a). No entanto, os progestativos derivados da testosterona (exemplos: noretindrona, levonorgestrel) estão ainda associados a efeitos colaterais androgénicos, incluindo acne, crescimento excessivo de pêlos e metabolismo alterado de hidratos de carbono e lípidos. Os progestativos mais recentes são derivados da progesterona e da espironolactona e foram desenvolvidos para que se liguem de uma forma mais seletiva aos recetores de progesterona, pretendendo-se diminuir os efeitos adversos androgénicos, estrogénicos e glucocorticóides. Alguns progestagénios, como a drospirenona possuem efeito antiandrogénico parcial (Dragoman, 2014).

Nos novos compostos progestativos, o menor efeito androgénico revelou-se de grande interesse no que toca às alterações do perfil lipídico e no tratamento das situações de acne e hirsutismo. Os que possuem uma ação androgénica acabam por baixar a fração de HDL (*high density lipoprotein*) do colesterol e diminuem os triglicerídeos, aquando o uso dos COC o efeito é atenuado pelos estrogénios uma vez que estes aumentam a fração de HDL assim como de triglicerídeos e verifica-se uma diminuição da fração de LDL (*low density lipoprotein*). Com COC com baixas doses de estrogénios e progestativos menos androgénicos as mudanças do metabolismo lipídico não possuem significado clínico (Varela, 2009a; Varela, 2009b). Como já referido, atualmente, os progestativos utilizados em Portugal são derivados da 19-nortestosterona, da 17 $\alpha$ -hidroxiprogesterona e da espironolactona. Estes podem ser classificados em “gerações”, tendo em conta a sua entrada no mercado e o seu perfil farmacológico, conforme indicado na tabela 3. Os progestativos possuem diferentes ações tendo em conta os recetores onde atuam preferencialmente, conforme referido na tabela 4 (Pacheco et al., 2020).

Tabela 3 – Progestativos usados em CHC (Pacheco et al., 2020)

Derivados da 19-Nortestosterona			Derivados da 17 OH-Progesterona	Derivados da Espironolactona
2 <sup>a</sup> geração	3 <sup>a</sup> geração	4 <sup>a</sup> geração	Não classificado	4 <sup>a</sup> geração
Levonorgestrel Norgestimato	Gestodeno Desogestrel	Dienogeste	Acetato de ciproterona Acetato de clormadinona Acetato de nomegestrol (NOMAC)	Drospirenona

(Norelgestromina é o metabolito ativo do norgestimato; etonogestrel é o metabolito ativo do desogestrel)

Tabela 4 – Efeitos dos progestativos nos recetores hormonais (Pacheco et al., 2020)

Progestativo	Estrogénicos	Androgénicos	Antiandrogénicos	Antimineralo-corticóides
Levonorgestrel	-	+	-	-
Gestodeno	-	+	-	+
Desogestrel	-	+	-	-

Acetato Ciproterona	-	-	+++	-
Acetato Clormadinona	-	-	+	-
Acetato Nomegestrol	-	-	+	-
Dienogeste	-	-	++	-
Drospirenona	-	-	+	+

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

### 3.3 Mecanismo de ação e eficácia

#### 3.3.1 Mecanismo de ação

O uso correto e consistente dos COC interrompe o normal funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-ovário, inibe predominantemente a secreção da LH e da FSH, de forma a prevenir a ovulação. Os estrogénios estabilizam o endométrio, de forma a minimizar o *spotting* e potenciam a ação dos progestagénios, permitindo assim o uso de doses mais baixas para proteção contraceptiva (Dragoman, 2014; Varela, 2009b).

Os progestagénios possuem outros efeitos contraceptivos adicionais, como por exemplo o espessamento do muco cervical, tornando-o adverso à penetração dos espermatozóides, a atrofia do endométrio, tornando-o desfavorável à implantação do ovo, e a diminuição da motilidade tubária (Dragoman, 2014; Martins do Vale & Andresen Leitão, 1984).

#### 3.3.2 Eficácia

O índice de Pearl é uma fórmula matemática que foi desenvolvida para avaliar a eficácia de um método e exprime-se em número de gravidezes por 100 mulheres que utilizam o método, por ano (Varela, 2009a). Portanto, se um contraceptivo tem um índice de Pearl de 1%, 1 mulher em 100 ficará grávida durante a sua utilização por um período de 1 ano (99% de eficácia) (Pacheco et al., 2020). O índice de Pearl pode ser também definido como o número de gestações dividido pelo número de meses ou pelo número de ciclos de tratamento desde o início do método contraceptivo até a conclusão do estudo, descontinuação do mesmo ou gravidez. O quociente é multiplicado por 1300 quando o denominador é apresentado em ciclos de tratamento e multiplicado por 1200 quando o denominador é apresentado em meses (Trussell & Portman, 2013; Gerlinger et al., 2003). Com o uso de um COC e progestativo oral (PO) a percentagem de mulheres que têm uma gravidez não planeada no período de 1 ano de uso do método é de 9 quando existe um uso corrente (utilizam o método de forma não consistente e

continuadamente) e de 0,3 quando o seu uso é correto (utilizam o método de forma consistentemente e continuadamente) (Pacheco et al., 2020).

### 3.4 Critérios de elegibilidade para o uso de um contraceptivo

Todos os métodos de contraceção são elegíveis em mulheres saudáveis. Contudo, existem situações médicas em que a utilização de certo tipo de contraceptivos pode elevar a morbidade. Por esta razão, a OMS instituiu critérios para a utilização segura e com eficácia de um contraceptivo, conforme descrito na tabela 5 (Pacheco et al., 2020).

Tabela 5 – Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção (Pacheco et al., 2020)

Categoria		Decisão Clínica Específica	Decisão Clínica Global
1	Não existem restrições ao uso do método	Método a usar em todas as circunstâncias	Sim (Pode usar o método)
2	As vantagens do uso do método superam os riscos provados ou teóricos	Método geralmente a ser usado	Sim (Pode usar o método)
3	O risco provado ou teórico de uso do método supera as vantagens	O uso do método não é recomendado a menos que outro não esteja disponível ou não seja aceite	Não (Não usar o método)
4	O uso do método representa um risco inaceitável para a saúde	Método a não usar	Não (Não usar o método)

### 3.5 Contraceção oral combinada

#### 3.5.1 Aconselhamento para o uso correto de COC

Como já foi referido anteriormente existem três tipos de estrogénios utilizados e diversos tipos de progestativos, existindo diferenças na composição e efeitos não contraceptivos dos mesmos. Estas diferenças e efeitos são o que pode tornar uma maior especificidade de um composto e a sua utilização terapêutica. Não existem vantagens em interromper os contraceptivos periodicamente uma vez que não diminui os riscos relacionados à sua utilização, não possui qualquer impacto na fertilidade futura, aumenta a possibilidade de uma gravidez indesejada e também um aumento do risco tromboembólico. A escolha deve ter em conta uma base individual que tenha em consideração os diferentes critérios de elegibilidade, as suas preferências e os benefícios não contraceptivos. A utilização de COC constituídos por 35 µg de EE encontra-se indicada para condições clínicas relacionadas com a acne. Devem ser preferidos os

COC com a menor dose de EE que seja possível. Em mulheres que possuem dificuldades na toma diária, problemas na deglutição, antecedentes de cirurgia bariátrica (malabsortiva), doença inflamatória intestinal e diarreias crônicas devem considerar a via transdérmica e vaginal (Pacheco et al., 2020).

### 3.5.1.1 Regras na utilização (início e esquecimento)

Os CO podem-se iniciar em qualquer altura do ciclo menstrual, excluindo sempre primeiro uma gravidez (tabela 6). É preferível que este se inicie no dia da consulta (Quick Start) uma vez que algumas mulheres engravidam enquanto esperam a iniciação do método contraceutivo. Existem outros métodos de iniciação como o início no 1.º domingo depois da menstruação ou no 1º dia do ciclo menstrual. Quando a toma se inicia durante a menstruação não é necessário utilizar um método adicional de prevenção da gravidez. Sempre que o começo seja fora dos primeiros 5 dias do ciclo menstrual é recomendado o uso de um método contraceutivo adicional nos primeiros 7 dias da toma (Pacheco et al., 2020).

Tabela 6 – Orientações para início de CHC (adaptado de Pacheco et al., 2020)

Método Anterior	Quando iniciar	Necessidade de método de barreira nos primeiros 7 dias de utilização
Sem contraceção	Até ao 5.º dia do ciclo	Não
	Em qualquer dia	Sim
CHC oral/transdérmico/vaginal	Após a última pílula	Não
PO	Após a última pílula	Não
Implante	No dia de remoção do implante	Não
Acetato de Medroxiprogesterona	No dia programado para a injeção	Não
Sistema intrauterino	No dia de remoção do sistema intrauterino	Não
Dispositivo intrauterino (DIU)	Iniciar em qualquer dia e remover o DIU na menstruação	Não
	ou Remover DIU de imediato	Sim

A hora da toma do contraceutivo deve ser a mesma todos os dias, sendo considerado um atraso na sua utilização quando o intervalo de tempo é inferior a 24 horas. Caso seja superior

considera-se esquecimento, este é um dos principais motivos para a falha dos CO. A falha de um comprimido ativo no início ou fim do *blister* possui um resultado idêntico à extensão do intervalo livre de hormonas podendo não evitar a ovulação. Quando a falha de 1 comprimido ocorre na 2ª ou 3ª semana usualmente não interfere com o mecanismo da ovulação. Se o esquecimento for de 1 comprimido este deve ser tomado assim que possível. Caso ocorra na 1ª ou 2ª semana e sejam 2 ou mais comprimidos deve-se usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes sendo que aquando de uma relação sexual desprotegida é aconselhado o uso de contraceção de emergência. Se o esquecimento ocorrer na 3ª semana e forem 2 comprimidos deve-se terminar a embalagem e iniciar de imediato outra usando contraceção adicional nos 7 dias seguintes. Os CO com estradiol, regimes bifásicos ou trifásicos possuem recomendações específicas (Pacheco et al., 2020).

### **3.5.1.2 Utilização de COC em situações particulares**

A evidência científica é escassa para que seja aconselhado a mulheres saudáveis a utilização de meias compressivas ou antiagregantes plaquetários aquando viagens prolongadas. No entanto, aconselha-se que as utilizadoras de COC reduzam a imobilização durante as mesmas. Quando a viagem é para locais com um fuso horário diferente as utilizadoras devem manter o intervalo de 24h entre as tomas, utilizando como referência o horário da última toma no local de origem. Em relação a localizações acima de 4500m por períodos superiores a 1 semana, embora não exista evidência científica suficiente mas alguns autores aconselham a mudança de contracetivo para um que não possua estrogénios na sua composição. Uma vez que a altitude elevada aumenta a eritropoiese e o risco trombótico.

No que toca a uma cirurgia eletiva major ou cirurgias que envolvam uma imobilização prolongada dos membros inferiores ou ainda um período expectável de imobilização é aconselhado, caso seja possível, a suspensão dos COC 4 semanas antes. Podendo ser substituído por um método que não possua estrogénios, como por exemplo o progestativo isolado oral. No entanto o COC pode ser retomado aquando a primeira menstruação ou pelo menos 2 semanas após mobilização completa. Quando a descontinuação do COC não é viável, esta deve acontecer no dia da intervenção/evento e a trombotoprofilaxia deve ser sugerida na dose e duração necessária de acordo com o *Score de Risco de Caprini*. Intervenções com duração inferior a 30 minutos não é necessário suspender o COC (Pacheco et al., 2020).

## **3.5.2 Efeitos indesejáveis e riscos contracetivos**

### **3.5.2.1 Efeitos indesejáveis**

Os efeitos indesejáveis normalmente são de fraca intensidade e ocorrem significativamente menos com os COC de baixa dose. Estes surgem nos primeiros meses e regredem espontaneamente. São uma das razões principais para o abandono da contraceção oral combinada. Os efeitos comumente referidos são hemorragias intracíclicas ou *spotting*, ausência de hemorragia de privação, náuseas e vômitos, cefaleias, alterações do humor/depressão, sensibilidade mamária. Estes efeitos tendem a surgir essencialmente durante o intervalo de

pausa do contraceptivo, nestes casos a utilização de COC com menor período de pausa/placebo e regimes prolongados são recomendados (Dragoman, 2014; Pacheco et al., 2020). Geralmente o *spotting* ocorre com mais frequência na fase inicial da toma do contraceptivo, variando de 10-30% no primeiro mês e diminuindo para cerca de 10% no terceiro. Estas hemorragias resultam normalmente da descamação do endométrio estimulada pelo progestagénio mas também no caso de mulheres fumadoras e à toma incorreta do contraceptivo (Dragoman, 2014).

Estes efeitos podem levar à descontinuação do método contraceptivo, pelo que é aconselhável que as utilizadoras falem com o seu médico para que este prescreva outro CO ou outra via de administração.

### **3.5.2.2 Efeitos cardiovasculares**

As doenças cardiovasculares são doenças que afetam o sistema circulatório. Em Portugal tanto o enfarte do miocárdio como o acidente vascular cerebral (AVC) são uma das principais causas de morte. Existem diversos fatores de risco que podem levar ao aumento do risco cardiovascular. Fatores modificáveis como diabetes *mellitus*, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial (HTA), excesso de peso e obesidade, hábito de fumar, sedentarismo e abuso de bebidas alcoólicas. Existem também certos fatores de risco que não são modificáveis tais como a sexo (masculino), genética (incluindo história familiar de doenças cardiovasculares e idade).

A HTA é uma pressão excessiva na parede das artérias, levando a que estas sejam estiradas excessivamente (Bourbon et al., 2016). Diversos estudos em mulheres normotensas demonstram que o uso de CHC leva a um aumento da tensão arterial em 8mmHg (sistólica) e 6mmHg (diastólica). Nas mulheres com morbidades ou outros fatores de risco cardiovascular, este aumento da tensão arterial desencadeado pelo uso de CHC pode levar a um aumento do risco cardiovascular. A incidência de enfarte agudo do miocárdio e AVC (3,5:100 000) é extremamente reduzida nas mulheres em idade reprodutiva, saudáveis e sob CHC de baixa dosagem. No entanto na presença de HTA o risco relativo destes eventos aumenta mas o risco absoluto dos mesmos mantém-se diminuído. Tendo em conta o aumento do risco de enfarte agudo do miocárdio e AVC induzido unicamente pela HTA, quando se considera iniciar os CHC, a adição de risco relacionado aos contraceptivos hormonais necessita de ser comparado com o risco das complicações da gravidez associada à HTA. Num estudo realizado na USF CelaSaúde (Coimbra) foram observadas 106 utentes que frequentaram a consulta de planeamento familiar nos últimos 3 anos e de hipertensão no último ano. Dessas 106, 9 (8,5%) tinham a tensão arterial  $\geq 160/95$ mmHg e utilizavam CHC, tendo em conta que este é um método não elegível (categoria 4); 29 (27,4%) tinham a tensão arterial  $<160/95$ mmHg e utilizavam CHC, tendo em conta que este é um método não recomendado (a menos que outros métodos, mais apropriados, não estejam disponíveis ou sejam aceitáveis - categoria 3), 68 (64,1%) usavam um método que não condiciona aumento do risco cardiovascular (categoria 1 e 2), independentemente dos seus valores de tensão arterial. A melhor opção para mulheres hipertensas em idade fértil são os progestativos isoladamente (oral, implante ou intrauterino) (Rodrigues et al., 2019).

O uso de CHC está relacionado com um acréscimo no risco relativo de enfarte do miocárdio (4 vezes mais se idade <35 anos e 40 vezes mais se idade > 35 anos) na ausência de outros fatores de risco. Isoladamente, o tabagismo detém um maior risco de enfarte do miocárdio que o uso de contraceptivos hormonais (8 vezes em mulheres <35 anos e 88 vezes em mulheres > 35 anos). Para mulheres fumadoras que utilizem CHC o risco de enfarte do miocárdio é acrescido 43 vezes em mulheres <35 anos e 485 vezes após os 35 anos de idade (Pacheco et al., 2020).

### **3.5.2.3 Risco tromboembólico**

O tromboembolismo venoso (TEV) é um efeito adverso raro embora grave da utilização de CHC. O uso destes pode levar ao aumento do risco de TEV, incluindo trombose venosa profunda e embolia pulmonar, em comparação com a não utilização deste método. Ainda assim o aumento do TEV nas utilizadoras de CHC é inferior ao risco associado à gravidez. O risco de TEV é mais elevado no primeiro ano de uso e diminui com a duração de utilização. Este risco encontra-se relacionado com o componente estrogénico e à sua dose. Segundo uma meta-análise, o uso de CHC constituídos por norgestimato não foi associado a um risco aumentado de TEV quando comparado com o uso de CHC com levonorgestrel. Diversos estudos relatam um aumento do risco de TEV nos CHC que têm na sua constituição progestativos de 3.<sup>a</sup> geração (gestodeno e desogestrel) e com progestativos com propriedades antiandrogénicas (drospirona e acetato de ciproterona) quando comparados com os CHC com levonorgestrel. Sendo este risco inferior aos benefícios (Dragoman et al., 2018; Pacheco et al., 2020).

Uma meta-análise recente indicou que a incidência de TEV nas não utilizadoras de CHC variava de 2 a 4 / 10 000 mulheres-ano e o seu uso aumentava o risco em 3,5 vezes. Aumentando este risco 50 a 80% com progestativos de 3.<sup>a</sup> geração e antiandrogénicos quando comparados com o uso de CHC com levonorgestrel. Entre os progestativos de 3.<sup>a</sup> geração e os antiandrogénicos não foram encontradas diferenças no que toca ao risco de TEV. Em 2015, um estudo mostrou que existe um risco relativo de 2,3 para os progestativos de 2.<sup>a</sup> geração e um risco relativo entre 3,6 e 4,3 para os de 3.<sup>a</sup> geração e antiandrogénicos embora a diferença absoluta do risco seja pequena. Os estudos em que é conferido um maior risco de TEV aos progestativos mais recentes (nomeadamente a drospirona), são retrospectivos em que os episódios nem sempre foram corretamente validados e os fatores de risco considerados de forma adequada (Pacheco et al., 2020).

### **3.5.2.4 Efeitos carcinogénicos**

Os COC são classificados pela OMS como carcinogénicos do grupo 1 pela sua possível relação com o cancro de fígado, cancro *in situ* e invasivo do colo do útero e cancro da mama (Kamani et al., 2022).

A glândula mamária durante o ciclo menstrual sofre alterações morfológicas. A sua proliferação epitelial é mais extensa durante a fase lútea, sugerindo uma influência sinérgica de estrogénios e progesterona. A proliferação do tecido mamário é influenciada por múltiplos fatores, idade, uso de formulações hormonais (principalmente nulíparas), paridade recente e como já referido a

fase do ciclo menstrual. Os estrogénios são fundamentais para o crescimento e desenvolvimento da glândula mamária desde o momento da embriogénese e ao longo da vida. A alta exposição aos estrogénios ao longo da vida (idade precoce da menarca, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal subsequente) é um fator de risco aceite para o cancro de mama. Diversos grupos examinaram a atividade proliferativa das células epiteliais da mama em mulheres que utilizam COC mas os resultados desses estudos possuem várias limitações uma vez que diferem na metodologia, populações de pacientes, técnicas de entrevista e contraceptivos estudados. Poucos estudos têm em consideração os padrões atuais de uso dos COC ou a sua base biológica no que toca aos efeitos de estimulação proliferativa dessas hormonas exógenas nas células epiteliais da mama, particularmente em mulheres, muito jovens antes da primeira gravidez (Narvaiza et al., 2008). Segundo o consenso sobre contraceção 2020, em relação às mulheres que usaram os CHC e as que nunca usaram a mortalidade por cancro da mama não varia de forma significativa. Numa meta-análise de estudos prospetivos recentes não foi demonstrado aumento de risco relacionado ao uso presente ou passado de CHC. O risco não é aumentado em mulheres com doença benigna da mama ou história familiar de cancro da mama. A incidência de cancro da mama e ovário em mulheres portadoras da mutação BRCA1 a BRCA2 era semelhante entre as utilizadoras e não utilizadoras da contraceção hormonal oral (Pacheco et al., 2020). Uma vez que não existe consenso na literatura sobre se existe relação entre o cancro da mama e a utilização de COC, é prudente ter em conta todos os detalhes. Os casos diagnosticados de cancro de mama foram menos avançados clinicamente em utilizadoras de COC quando comparando com as que nunca utilizaram (Kamani et al., 2022).

A GLOBOCAN previu 570.000 casos e 311.000 mortes por malignidade cervical em 2018 sendo classificado como o quarto cancro mais frequentemente diagnosticado e a quarta principal causa de morte por cancro (Bray et al., 2018). O risco de malignidade cervical a longo prazo não parece aumentar entre as utilizadoras de COC em comparação com as não utilizadoras. Segundo um estudo de coorte com mais de 300.000 participantes que foram acompanhadas por 9 anos, onde foi avaliado a relação entre os cofatores hormonais e o risco de adquirir malignidade cervical, descobriu-se que o risco de cancro do colo do útero aumentou com a continuação da utilização. Sendo que esse risco aumentado diminui após descontinuação voltando em 10 anos ao risco das que nunca utilizaram (Kamani et al., 2022). Segundo o consenso sobre contraceção 2020, existe uma fraca associação entre a utilização de CHC e a ocorrência de carcinoma epidermóide. Múltiplos parceiros, exposição ao vírus do papiloma humano e o tabagismo são cofatores de risco que podem provocar enviesamentos nos resultados de diversos estudos. Em mulheres com história de lesão intraepitelial de baixo e alto, incluindo as submetidas a cirurgia os CHC podem ser utilizados com segurança (Categoria 1 e 2) (Pacheco et al., 2020). As últimas diretrizes da OMS de 2015 para a positividade para o vírus do papiloma humano, neoplasias intraepiteliais cervicais e o cancro do colo do útero que aguarda tratamento é de categoria 2, ou seja, os benefícios são superiores aos riscos. Quando se utiliza COC entre mulheres com infeção persistente pelo vírus do papiloma humano estas devem ser lembradas que durações de

utilização superiores a 5 anos podem aumentar o risco de carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo (Kamani et al., 2022).

O cancro do fígado primário é o sexto cancro mais comum a ser diagnosticado e o nono cancro mais comum em mulheres. A relação entre a utilização de COC e as avaliações de risco de cancro do fígado forneceu resultados conflitantes. Alguns estudos propuseram que os COC podem aumentar não só o risco de carcinoma hepatocelular como também de colangiocarcinoma intra-hepático (Kamani et al., 2022). O carcinoma hepatocelular tem sido relacionado à utilização de CO em diversos estudos. No entanto, em estudos maiores dimensões populacionais, os CO não foram nitidamente relacionados ao cancro de fígado. O carcinoma hepatocelular é extremamente raro em mulheres jovens sem doença hepática concomitante e, mesmo que os CO elevem o risco em 2 a 3 vezes, este permanece extremamente raro (Plewig & Kligman, 2020). Existem algumas evidências sobre as prováveis vias bioquímicas pelas quais as hormonas podem promover a carcinogénese no fígado. A *International Agency for Research on Cancer* observou que o aumento do risco relacionado à malignidade hepática é baixa em casos de doença hepática crónica e hepatite B isoladamente, deve-se realçar que esses estudos tiveram populações nas quais o vírus da hepatite era prevalente. A proliferação de colangiócitos no ducto biliar intra-hepático é regulada positivamente por estrogénios. Os colangiócitos expressam os recetores de estrogénio  $\alpha$  e  $\beta$  podendo desenvolver colangiocarcinoma intra-hepático. Estudos laboratoriais propõem que os estrogénios são um cofator para o colangiocarcinoma. Numa meta-análise, que incluiu 12 coortes e mais de 1 milhão de mulheres, o uso prolongado (mais de 9 anos) de COC foi associado a um aumento de 62% no risco de colangiocarcinoma intra-hepático (Kamani et al., 2022). A maior incidência de tumores hepáticos benignos, adenomas, tem sido associada ao uso de CHC. Este aumento encontra-se diretamente relacionado com as doses de estrogénio (Pacheco et al., 2020).

### **3.5.2.5 Efeitos Hepáticos**

Os COC estão relacionados a várias complicações referentes ao fígado, incluindo colestase intra-hepática, dilatação sinusoidal, peliose hepática, trombose venosa hepática, risco acrescido de cálculos biliares e como já foi referido adenomas hepáticos e carcinoma hepatocelular. Estes efeitos colaterais são mais comuns quando as doses de estrogénios são mais altas tal como os CO antigos, no entanto também foram relatados com a utilização de CO mais recentes (baixa dose de estrogénios) e terapia de reposição hormonal de estrogénio. Os CO podem originar uma leve inibição da excreção de bilirrubina, levando a icterícia em indivíduos que possuam formas hereditárias de distúrbios no metabolismo da bilirrubina (como por exemplo Dubin Johnson). Mulheres com colestase induzida por COC normalmente possuem uma história de colestase idiopática da gravidez e possivelmente existe um componente genético. Os CO como supracitado foram associados a casos de trombose venosa ou síndrome de Budd Chiari. Mulheres que desenvolvem essa complicação normalmente apresentam outros fatores de risco para trombose venosa, como deficiência de proteína C ou proteína S ou fator V de Leiden. Trombose da veia porta foi também descrita com a utilização de CO. A dilatação sinusoidal extrema relacionada a lagos venosos e tendência para rutura hepática é referenciada como peliose hepática, que pode

estar relacionada a sintomas e tal como referido rutura hepática. A utilização de CO tem sido associada a casos raros de peliose hepática, mas a associação de dilatação marcante dos sinusóides com lagos venosos raramente foi observada. A interrupção destes foi ocasionalmente relacionada à regressão da gravidade da peliose (Plewig & Kligman, 2020).

### 3.5.3 Contraindicações

Segundo o Consenso sobre Contraceção 2020 as principais contraindicações para a utilização de CHC encontram-se resumidas na tabela 7.

Tabela 7 – Situações médicas nas quais a utilização de CHC não é recomendada (adaptado de Pacheco et al., 2020)

Situação Clínica	Categoria 4	Categoria 3	Comentários
Pós-parto Que não amamenta	<21 dias pós-parto + fatores de risco para trombose venosa profunda	<21 dias pós-parto e sem outros fatores de risco de trombose venosa profunda >21 dias a 42 dias e com outros fatores de risco para trombose venosa profunda	O risco de trombose venosa profunda está aumentado nas primeiras 3 semanas após o parto, principalmente na presença de outros fatores de risco: imobilidade, hemorragia pós-parto, Índice de massa corporal (IMC) > 30, pré-eclampsia e tabagismo
Pós-parto A amamentar	<6 semanas pós-parto	> 6 semanas a < 6 meses pós-parto	Os estudos mostram resultados contraditórios em relação ao desenvolvimento das crianças expostas aos estrogénios durante a amamentação
Tabagismo	Idade ≥ 35 anos e ≥ 15 cigarros por dia	Idade ≥ 35 anos e <15 cigarros por dia e/ou suspendeu há menos de 1 ano	O uso de CHC associado ao tabaco aumenta o risco de doença cardiovascular principalmente de enfarte do miocárdio e este risco está diretamente relacionado com o nº de cigarros/dia
HTA	Sistólica ≥ 160 mmhg ou diastólica ≥ 100 mmhg Com doença vascular associada	Sistólica > 140-159 mmhg ou diastólica > 90 a 99 mmhg Antecedentes de HTA em mulheres em que não é possível vigiar a tensão arterial	CHC aumentam o risco de AVC, enfarte do miocárdio e doença arterial periférica nas mulheres com HTA quando comparadas com não utilizadoras de CHC
	Antecedentes de TEV/EP (embolismo pulmonar) com e sem	Antecedentes de TEV/EP sem terapêutica	

TEV	<p>terapêutica anticoagulante e alto risco para TEV/EP (um ou mais fatores de risco)</p> <p>TEV/EP agudo</p> <p>Cirurgia major com imobilização prolongada</p>	<p>anticoagulante e sem factores de risco para TEV /EP</p> <p>Antecedentes de TEV/EP com terapêutica anticoagulante há pelo menos 3 meses e sem factores de risco para TEV /EP</p>	<p>Os CHC devem ser suspensos pelo menos 4 semanas antes de uma cirurgia eletiva, com duração superior a 30 minutos</p>
Trombofilias	<p>Fator V Leiden</p> <p>Mutação da protrombina, Déficit de proteína S, proteína C e antitrombina</p>		<p>Não está recomendado fazer o rastreio por rotina das trombofilias</p> <p>Nas mulheres com mutações trombogénicas o uso de CHC aumenta o risco de trombose venosa profunda em 2 a 20 x quando comparadas com as não utilizadoras</p>
Doença cardiovascular	<p>Doença coronária</p> <p>História de enfarte agudo do miocárdio</p> <p>AVC</p> <p>Patologia valvular cardíaca complicada: (ex: HTA pulmonar, fibrilhação auricular)</p> <p>Associação de múltiplos factores de risco cardiovascular</p>	<p>Associação de múltiplos factores de risco cardiovascular, em mulheres &lt;35 anos</p>	
Doenças reumatológicas	<p>Síndrome de anticorpos antifosfolipídicos</p>		<p>A síndrome de anticorpos antifosfolipídicos está relacionada quer com o risco de trombose venosa quer arterial</p>
Doenças neurológicas	<p>Enxaquecas com aura</p> <p>Enxaqueca sem aura e idade &gt; 35 anos (continuação)</p>	<p>Enxaqueca sem aura e idade &lt;35 anos (continuação)</p> <p>Enxaqueca sem aura e idade &gt;35 anos (início)</p>	<p>As mulheres com enxaqueca com aura têm um risco acrescido de AVC que aumenta 2 a 4 x com o uso de CHC</p>
	<p>Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia grave</p>	<p>Diabetes com nefropatia, retinopatia ou neuropatia</p>	

Doenças endócrinas	Outras complicações vasculares graves da diabetes  Diabetes com > 20 anos	Outras complicações vasculares da diabetes	A classificação em 3 ou 4 depende do grau de gravidade da doença
Doença inflamatória intestinal		Doença de Chron ou Colite Ulcerosa: Categoria 3 para COC Categoria 2 para o adesivo ou anel vaginal	
Doenças hepato-biliares	Hepatite vírica aguda Cirrose hepática descompensada Adenoma hepático Carcinoma hepático	Doença hepato-biliar sintomática ou sob tratamento médico  História pessoal de colestase associada a CHC	Os CHC não devem ser usados nos tumores hepáticos mesmo após a cirurgia
Obesidade		IMC $\geq 35 \text{ kg/m}^2$	O risco de trombose venosa profunda aumenta para IMC > 30 $\text{kg/m}^2$ e ainda mais com IMC $\geq 35 \text{ Kg/m}^2$
Antecedentes de cirurgia bariátrica		Procedimentos que provocam mal absorção (bypass em Y de Roux) exceto para o anel e o adesivo que são Categoria 1	
Patologia da Mama	Cancro da mama	História pessoal de cancro da mama sem evidência de doença há 5 anos	
Transplante de órgão sólido	Complicado por: Falência aguda ou crónica do enxerto  Rejeição  Vasculopatia associado ao enxerto		

Os medicamentos que possuem acetato de cloromadinona ou acetato de nomegestrol são contraindicados em doentes com meningioma ou antecedentes do mesmo.

As indicações terapêuticas, em monoterapia, para doses elevadas (5 mg) incluem alterações relacionadas a uma insuficiência luteal, modificações das regras e/ou ciclo (amenorreia secundária, espanomenorreia, menometrorragias, hemorragias uterinas funcionais em particular no período da pré-menopausa), hiperplasia endometrial, dismenorreia, síndrome pré-menstrual, mastodínias e tratamento da menopausa (em associação com os estrogénios e para contrabalançar a sua ação) (Acetato de Cloromadinona e Acetato de Nomegestrol: Medidas Para Minimizar o Risco de Meningioma, 2022).

#### **3.5.4 Benefícios não contraceptivos**

A CHC para além dos benefícios contraceptivos que apresenta possui ainda benefícios não contraceptivos que podem melhorar a qualidade de vida da mulher. Tais como o tratamento dos sintomas de hiperandrogenismo (acne e hirsutismo), redução da dismenorreia, redução da síndrome pré-menstrual, endometriose, redução do fluxo menstrual e prevenção da anemia, prevenção dos sintomas com exacerbação menstrual, indução de amenorreia por opção da mulher, prevenção do cancro, gravidez ectópica, melhoria dos sintomas vasomotores da perimenopausa, aumento da densidade mineral óssea na perimenopausa.

De acordo com dados epidemiológicos, o hirsutismo influencia entre 5-15% e a acne 6-55% das mulheres. Entre as causas de hiperandrogenemia, síndrome dos ovários poliquísticos, são relatadas hipertecose, hiperplasia adrenal, obesidade, síndrome de Cushing, tumores ovarianos e adrenais secretores de andrógenos e insuficiência hepática. As glândulas sebáceas e os folículos capilares agem como órgãos endócrinos independentes e respondem aos diferentes níveis de androgénios. Os androgénios sintetizados pelas glândulas adrenais e ovários são convertidos nas glândulas sebáceas e folículos pilosos em di-hidrotestosterona. Esta é um agonista do recetor androgénico 5 a 10 vezes mais potente que a testosterona (Słopień et al., 2018). A utilização de CHC leva a uma diminuição da severidade e incidência da acne e a uma redução do crescimento do pêlo. Os mais eficientes são aqueles que têm progestativos com efeitos antiandrogénicos mais acentuados, nomeadamente o acetato de ciproterona (principalmente para o tratamento da acne), o dienogeste, drospirenona e o acetato de clormadinona (Pacheco et al., 2020). Os estrogénios vão estimular a síntese hepática da *sex hormone-binding globulin* que por sua vez reduz a quantidade de androgénios biologicamente ativos, induz a expressão do recetor de estrogénio e diminui a secreção de gonadotrofinas inibindo assim a produção de testosterona relacionada à LH pelas células da teca nos ovários. Os progestativos vão bloquear a atividade da 5 $\alpha$ -redutase e diminuir a expressão do recetor de testosterona e a síntese de FSH e LH. Um estudo comparativo mostrou que o acetato de ciproterona possui uma atividade antiandrogénica mais acentuada que a drospirenona após 12 meses de tratamento (não ocorreu diferença após 6 meses de tratamento). O acetato de clormadinona foi mais eficiente no tratamento da acne que o levonorgestrel e mais antiandrogénico que o dienogeste. Drospirenona causou melhoria da acne após 6 meses de tratamento, melhorando significativamente a acne do tronco. Esta foi mais eficiente que o norgestimato no que toca ao tratamento da acne. A drospirenona foi também mais eficiente no tratamento de seborreia, acne, aumento de pêlos, hidratação, homogeneidade e qualidade geral

da pele quando comparada com o acetato de clormadinona. O dienogest foi mais antiandrogénico que a drospirenona e o acetato de clormadinona (Słopień et al., 2018).

A dismenorreia é o sintoma menstrual mais comum entre adolescentes e mulheres jovens. Esta é uma das maiores causas de absentéismo por parte das mulheres atingindo estas nas suas atividades diárias como o trabalho, o desempenho académico incluído a má qualidade do sono como também a nível da sociedade uma vez que resulta numa perda de produtividade. Existem 2 tipos de dismenorreia, a dismenorreia primária (a mais frequente) que é definida como menstruação dolorosa na ausência de patologia pélvica. A dor associada à dismenorreia é produzida pela hipersecreção de prostaglandinas e aumento da contratilidade uterina. As mulheres com dismenorreia possuem níveis mais altos de prostaglandinas que são mais elevados nos dois primeiros dias da menstruação. Se a exposição do endométrio à fase lútea é fundamental para o aumento da produção de progesterona, significa que a dismenorreia ocorre em ciclos ovulatórios. Isto pode explicar porque é que a dismenorreia responde bem à inibição ovulatória. No entanto, existem múltiplos fatores que podem desempenhar um papel no entendimento e intensidade da dor, que não depende apenas de fatores endócrinos. A dismenorreia secundária refere-se a menstruações dolorosas como consequência de uma patologia pélvica ou de uma condição médica reconhecida. Esta forma secundária de dismenorreia está maioritariamente associada à endometriose e adenomiose e pode representar o sintoma-chave (“ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent,” 2018; Bernardi et al., 2017). A endometriose é caracterizada pela presença de tecido endometrial fora da cavidade uterina. A adenomiose é definida como a presença de tecido endometrial no miométrio, estando associada a dismenorreia e sangramento uterino anormal. Os COC conduzem a um alívio quase imediato dos sintomas associados à menstruação como sangramento irregular, menstruação intensa e/ou dolorosa. A utilização de COC de forma contínua pode ser considerada no tratamento da dismenorreia primária, com duas vantagens principais que são a redução dos distúrbios menstruais associados e a melhoria no alívio da dor (Petraglia et al., 2017). Os COC reduzem a inflamação do trato genital feminino bloqueando enzimas como a ciclooxigenase tipo II e a aromatase (Maia & Casoy, 2008).

Os COC podem melhorar a sintomatologia pré-menstrual geram em mulheres com síndrome pré-menstrual ou transtorno disfórico pré-menstrual, mas não os sintomas depressivos pré-menstruais. Os sintomas acontecem na fase lútea do ciclo menstrual e desaparecem após o início da menstruação representam a síndrome pré-menstrual e a sua variante mais séria, o transtorno disfórico pré-menstrual (de Wit et al., 2021). Atualmente, o CO com drospirenona possui efeito comprovado sendo que a redução do intervalo livre de hormonas para 4 dias também.

Através do uso de CHC podem ser prevenidos alguns sintomas como exacerbação menstrual, especialmente a cefaleia catamenial, sendo que esta melhora com o uso contínuo de CHC.

No que toca à redução do fluxo menstrual e prevenção da anemia o efeito foi comprovado para todas as formulações. Os CHC constituídos por estrogénios naturais e com esquema quadrifásico encontram-se aprovados para o tratamento da hemorragia menstrual abundante

na inexistência de patologia orgânica (Pacheco et al., 2020). A literatura contemporânea acerca dos COC de regime prolongado indica que a sua eficácia contraceptiva é comparável à dos regimes tradicionais de 28 dias (21/7). Os COC de regime prolongado são uma opção segura e eficiente para mulheres que procuram contraceção que possibilite hemorragias de privação programadas infrequentes, particularmente às que sofrem de sintomas de abstinência hormonal e sintomas cíclicos como alterações de humor, dismenorreia, sangramento menstrual intenso entre outros. A redução da hemorragia de privação pode como supracitado diminuir o risco de anemia em mulheres que utilizam COC prolongados. Um estudo recente indicou que efetivamente, poucas mulheres se encontram cientes deste potencial benefício. O desejo de hemorragia menos frequente não é exclusivo das mulheres que apresentam sintomas associados à menstruação ou à hemorragia de privação. Num estudo que envolveu 270 mulheres sem sintomas menstruais, 76% descreveram que a menstruação interferia com a sua vida sexual, 29% preferiam não menstruar durante o seu emprego e 48% relataram que a menstruação interferia com as suas atividades desportivas. Muitas dessas mulheres preferiam amenorreia (Nappi et al., 2016). A indução da amenorreia por opção encontra-se associada à melhoria na qualidade de vida da mulher.

A utilização de COC correta provoca a inibição da ovulação reduzindo assim o risco de gravidez ectópica (Pacheco et al., 2020).

Aproximadamente 90% das mulheres vivenciam mudanças nos seus padrões menstruais nos 4 a 8 anos antes de atingir a menopausa completa. Mulheres na perimenopausa acabam por experimentar sangramento menstrual intenso e/ou imprevisível, ciclos irregulares e sintomas vasomotores (aproximadamente 70-80%). Os ciclos menstruais podem ser controlados com a utilização de COC em 80% dos casos, sempre aquando da eliminação de outras causas subjacentes. Os COC possuem também efeitos no que toca à proteção óssea. Depois dos 40anos, a densidade mineral óssea diminui e, caso as mulheres nessa faixa etária utilizarem COC, conseguem manter a sua densidade mineral óssea. No caso de mulheres que utilizem COC pelo menos 6 anos antes da menopausa podem aumentar significativamente a densidade mineral óssea pós-menopausa no colo do fémur e na coluna lombar quando comparadas com não utilizadoras de COC. Embora não existam muitos estudos que abordem se o uso de COC na pré-menopausa pode diminuir o risco de fratura posteriormente, foi descrito que utilizar COC pode diminuir em 30% o risco de fratura da anca na pós-menopausa (Cho, 2018).

As mulheres que frequentam o planeamento familiar devem ser avisadas sobre os possíveis resultados carcinogénicos, no entanto deve ser explicado que a preferência por este método pode diminuir os riscos de cancro endometrial, colorretal e ovário (Kamani et al., 2022). A utilização de CHC associa-se à redução em 40% do risco de tumores malignos e borderline epiteliais do ovário. Esta proteção, encontra-se relatada mesmo com utilizações de duração curta (3 a 6 meses), aumenta com a duração do uso e prolonga-se pelo menos 15 anos após a suspensão dos CHC. A proteção é nomeadamente importante em mulheres de alto risco, como nulíparas e com história familiar de cancro de ovário/mama, sendo observada em situações com

mutações dos genes BRCA1 e BRCA2 (Pacheco et al., 2020). O bloqueio da ovulação e da esteroidogénese ovárica pode ser a explicação para a menor incidência de cancro do ovário (Maia & Casoy, 2008).

A utilização de CHC está também associada a uma redução em 50% do risco de adenocarcinoma do endométrio, que continua por mais de 20 anos após descontinuação. O efeito protetor é maior para períodos de tempo superiores a 3 anos, sendo que quanto maior for o tempo da utilização maior será o seu efeito protetor (Pacheco et al., 2020; Cho, 2018) . A redução da inflamação no endométrio em utilizadoras de COC pode constituir o mecanismo que leva a uma menor incidência deste tipo de cancro (Maia & Casoy, 2008).

O uso de CHC encontra-se relacionado com uma redução de 18% na incidência de cancro colorectal. Esta diminuição de risco não possui ligação com a duração da utilização mas é maior nas utilizadoras recentes (Pacheco et al., 2020; Kamani et al., 2022).

### **3.6 Contraceção Progestativa Oral**

A contraceção progestativa tem como mecanismo de ação a inibição da ovulação, o espessamento do muco cervical com diminuição da penetração e viabilidade do espermatozóide e ainda a indução de modificações no endométrio não favoráveis à implantação. No que toca à contraceção progestativa oral existem 2 progestativos utilizados que são o desogestrel (75 microgramas) e a drospirenona (4mg). Ambos são de toma diária e de forma contínua (Pacheco et al., 2020).

#### **3.6.1 Critérios de elegibilidade**

Mulheres com cancro da mama, cirrose hepática grave, hemorragia genital inexplicada e suspeita de patologia grave não são elegíveis para a utilização de contraceção progestativa. Os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção progestativa encontram-se descritos na tabela 8.

Tabela 8 – Critérios de elegibilidade para o uso de contraceção progestativa (adaptado de Pacheco et al., 2020)

Condição	PO
Pós-parto: <21 dias Pós-parto a amamentar	1
Fumadoras mais de 15 cigarros dia e com idade $\geq$ 35 anos	1
Obesidade: IMC $\geq$ 35 Kg/m <sup>2</sup>	1
Múltiplos fatores de Doença Cardiovascular (Idade, HTA, Diabetes, Tabagismo)	2
Diabetes com complicações dos órgãos alvo	2
HTA (sistólica $\geq$ 160 ou diastólica $\geq$ 100 mmHg)	2
Trombofilia (Fator V de Leiden, Mutação da protrombina; deficit da Proteína S, C e antitrombina)	2
Lupus eritematoso sistémico com ac-antifosfolipídicos positivos ou	2

desconhecido	
Antecedentes de TEV	2
Trombose venosa superficial (antecedentes ou aguda)	1
Cirurgia major com imobilização prolongada	2
Enxaqueca com aura	2
Litíase das vias biliares (Tratada medicamente/presente)	2
Hepatite aguda viral	1

Este método não deve ser aconselhado a mulheres que não possuam uma boa adesão à toma diária, em que exista um compromisso da absorção digestiva ou medicadas com indutores enzimáticos como se irá referir mais tarde (Pacheco et al., 2020).

### **3.6.2 Aconselhamento para o uso correto de contraceção progestativa oral**

O atraso na toma não deve nunca ultrapassar as 36h para que a eficácia seja garantida e caso ocorram vômitos nas 2 horas após a toma do comprimido a mulher deve tomar outro. Esta é eficaz ao fim de 2 dias de toma (Pacheco et al., 2020). As orientações para início de um progestativo oral isolado encontram-se descritas na tabela 9.

Tabela 9 – Início do método contraceptivo com progestativo oral isolado (Pacheco et al., 2020)

Método Anterior	Quando iniciar	Necessidade de método de barreira nos primeiros 2 dias de utilização
Sem contraceção	No primeiro dia do ciclo	Não
	Em qualquer dia	Sim
CHC	No dia seguinte a terminar o CHC ou no 1.º dia da hemorragia de privação	Não
Acetato de medroxiprogesterona	No dia programado para a injeção	Não
Implante	No dia de remoção do implante	Não
Contraceção intrauterina (DIU e sistema intrauterino)	No dia de remoção do contraceptivo	Sim

Após um aborto que aconteceu no primeiro trimestre é aconselhado que se inicie de imediato a toma do contraceptivo. Nesta situação não existe necessidade de métodos contraceptivos adicionais. É recomendado que a contraceção se inicie em qualquer dia entre o dia 21 e o dia 28 a seguir ao parto ou quando o aborto ocorre no segundo trimestre. Se o início da mesma acontecer após este intervalo de tempo a mulher deve ser aconselhada a utilizar também um método de barreira durante a primeira semana de toma (7 dias). Deve-se excluir sempre uma

gravidez antes do início da toma ou a mulher esperar pela primeira menstruação (Gedeon Richter, Plc. Azalia: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021; LifeWell Pharmaceutical & Healthcare, Lda. Minipop: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022; Organon Portugal, Sociedade Unipessoal, Lda. Cerazette: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021; Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021).

Como anteriormente referido, o desogestrel e a drospirenona são os progestativos utilizados na contraceção oral, nos seguintes subcapítulos será realizada uma descrição mais pormenorizada destes fármacos.

### **3.6.3 Desogestrel**

O desogestrel é um progestativo de 3<sup>a</sup> geração, derivado da 19-nortestosterona pertencente ao grupo gonano. É metabolizado por hidroxilação e desidrogenação no seu metabolito ativo, etonogestrel. Como já foi referido o desogestrel possui propriedades anti-estrogénicas e androgénicas, a sua posologia é de 1 comprimido (75 microgramas) por dia durante 28 dias (forma contínua) (Gedeon Richter, Plc. Azalia: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021; Pacheco et al., 2020). Este inibe a ovulação e é tão eficaz como os COC. Alivia também a enxaqueca menstrual, dor em mulheres com endometriose, diminui o sangramento menstrual intenso, hipermenorreia e dismenorreia (Palacios et al., 2019; Palacios et al., 2020). O desogestrel pode ser usado durante a amamentação, no entanto deve ser observado o desenvolvimento e crescimento da criança lactente. Baseado em informações de estudos clínicos, o desogestrel aparenta não possuir influência na produção ou na qualidade (concentração de proteínas, lactose ou gorduras) do leite materno. Existem alguns casos pós-comercialização, embora pouco frequentes, de uma redução da produção de leite materno. Baixas quantidades de etonogestrel são excretadas no leite materno. Se decorrerem mais de 36 horas entre a toma dos comprimidos a eficácia contraceptiva pode ficar diminuída. Se o intervalo de tempo for inferior a 12 horas, o comprimido esquecido deve ser tomado assim que se recordar e o seguinte no horário habitual. Se o atraso for superior a 12 horas é recomendado o uso de método adicional de contraceção nos 7 dias seguintes. Caso ocorra esquecimento durante a primeira semana após o início da contraceção e tenham ocorrido relações sexuais na semana anterior, deve-se considerar a possibilidade de gravidez. O padrão de hemorragia não é previsível no entanto melhora ao longo do tempo de utilização do contraceptivo. Após 1 ano de uso 50% das mulheres exibem amenorreia/perda pouco frequente, 40% perdas regulares, 20% perdas prolongadas e 10% perdas frequentes. Num ensaio comparativo de eficácia o Índice de Pearl do desogestrel 75 microgramas comprimido foi de 0,4 em comparação com 1,6 para 30 microgramas de levonorgestrel. O Índice de Pearl para o desogestrel 75 microgramas comprimido é semelhante ao que foi observado para os COC na população geral utilizadora dos mesmos (Pacheco et al., 2020; Gedeon Richter, Plc. Azalia: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021).

### 3.6.4 Drospirenona

A drospirenona como progestativo isolado é um contraceptivo recente no mercado. Esta é um progestativo análogo à espironolactona. É um progestativo sintético que se assemelha mais à progesterona natural que os progestativos tradicionais (Mealy & Bayés, 2004). É extensivamente metabolizada após administração oral, os dois principais metabolitos ativos não farmacológicos são a forma ácida da drospirenona e o 4,5-dihidro-drospirenona- 3-sulfato. A drospirenona é também sujeita ao metabolismo oxidativo pela isoforma do citocromo P-450: CYP3A4 (Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021). A drospirenona possui tal como o anterior, propriedades anti-estrogénicas mas também anti-androgénicas e anti-mineralocorticóides. O seu modo de utilização é de 1 comprimido (4 mg) por dia sendo que 24 possuem princípio ativo e 4 são placebo. O esquema foi escolhido de forma a melhorar o perfil de hemorragia, a manter os níveis plasmáticos de estradiol em níveis semelhantes ao da fase folicular de maneira a evitar o hipoestrogenismo e preservar a eficácia do contraceptivo mesmo que ocorra um esquecimento uma vez que a drospirenona possui um tempo de semi-vida de 30 a 34 horas (Palacios et al., 2020).

Em relação às quantidades no leite materno estas são negligenciáveis e não são previstos efeitos adversos no lactente ou na produção de leite. A dose diária de drospirenona no bebé é <1% da dose materna. Levando em conta as evidências à disposição, aquando a amamentação os métodos não hormonais são preferidos enquanto que os contraceptivos constituídos apenas por progestativos são escolhidos em relação aos COC, especialmente durante as primeiras 4 semanas a seguir ao parto. (LactMed®, 2021; Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021).

Caso exista um esquecimento inferior a 24 horas, a proteção contraceptiva não é diminuída devendo tomar os comprimidos seguintes à hora habitual. Caso o atraso na toma seja superior a 24 horas na toma do comprimido ativo, a proteção contraceptiva pode ficar reduzida e deve ser considerado um método de barreira nos 7 dias posteriores. O comprimido esquecido deve ser tomado assim que a utilizadora se lembre mesmo que isso implique a toma de dois ao mesmo tempo (Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021). Foi também demonstrado que a taxa de ovulação com a drospirenona (4mg) foi menor do que com os contraceptivos constituídos apenas por progestativos tradicionais (30 – 40%) (Palacios et al., 2020).

Em dois ensaios clínicos europeus multicêntricos de Fase III, vs desogestrel 0,075 mg, 1596 mulheres utilizaram drospirenona durante 9 a 13 ciclos consecutivos e 341 utilizaram desogestrel durante 9 meses. Na análise simultânea dos dois estudos, o Índice de Pearl, 18 a 45 anos, (falha do utilizador + método) é de 0,73 (Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021). O padrão de hemorragia é tendencialmente com perda previsível e cíclica. Os estudos revelam que o controlo do ciclo é superior com a utilização de drospirenona quando comparado com o desogestrel (Pacheco et al., 2020).

### **3.6.5 Riscos e Efeitos Adversos**

Os efeitos adversos mais frequentes com estes 2 progestativos são cefaleias (6-7%), mastodinia e tensão mamária (4%), acne (3%), aumento de peso ligeiro (menos de 2 kg ao fim de um ano) (Pacheco et al., 2020).

O efeito indesejável mais regularmente descrito nos ensaios clínicos foi a hemorragia irregular. Em 20%-30% das mulheres, as hemorragias podem tornar-se mais frequentes, ao mesmo tempo que em 20% as hemorragias podem ser menos frequentes ou até mesmo desaparecer. A duração da hemorragia poderá também ser de uma duração superior. Tendem a ser menos frequentes depois de cerca de 2 meses de utilização dos contraceptivos (Gedeon Richter, Plc. Azalia: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021).

Fortuitamente também pode ocorrer cloasma, principalmente, quando já existem antecedentes de cloasma gravídico. Enquanto estiverem a tomar desogestrel e drospirenona, se tiverem tendência para cloasma devem evitar a exposição ao sol ou a radiações ultravioleta.

A depressão e o humor depressivo são efeitos bem documentados da utilização de contraceptivos hormonais. Posteriormente ao início da toma de contraceptivos hormonais, caso existam alterações de humor as mulheres devem contactar o seu médico.

O risco de cancro da mama diagnosticado em utilizadoras com contraceptivos constituídos apenas por progestagénios é, potencialmente, de magnitude idêntica à relacionada com os COC. Contudo, em preparações apenas com progestagénios, as evidências têm como base populações de utilizadoras reduzidas sendo por isso menos conclusivas do que no caso dos COC. Quando existem alterações agudas ou crónicas na função hepática, dores abdominais superiores intensas, aumento do volume do fígado ou sinais de hemorragia intra-abdominal a mulher deverá ser encaminhada para um especialista e deve ser considerado um tumor hepático no diagnóstico diferencial. Como não é possível excluir um efeito biológico dos progestagénios ao nível do cancro hepático, é necessário a realização de uma avaliação individual da relação benefício-risco quando a existência de cancro hepático.

No que toca à proteção contra a gravidez ectópica os contraceptivos constituídos apenas por progestagénios não são tão eficientes como com os COC. Os exclusivos de progestagénio têm sido associados à ocorrência de ovulações. Mesmo tendo em conta que os contraceptivos constituídos exclusivamente por progestagénios inibem consistentemente a ovulação, no entanto caso exista amenorreia ou dor abdominal a gravidez ectópica deve ser tomada em consideração no diagnóstico diferencial.

Em relação a testes laboratoriais, o uso de esteróides contraceptivos pode influenciar os seus resultados, incluindo parâmetros bioquímicos do fígado, tiróide, função adrenal e renal, níveis plasmáticos das proteínas (portador), como por exemplo, globulina de ligação aos corticosteróides e frações de lípidos/lipoproteínas, parâmetros do metabolismo dos hidratos de carbono e parâmetros de coagulação e fibrinólise. As alterações permanecem, normalmente,

dentro de intervalos considerados normais (Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021; Gedeon Richter, Plc. Azalia: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021).

### **3.6.6 Vantagens e benefícios não contraceptivos**

Os contraceptivos constituídos apenas por progestativos foram no primeiro momento introduzidos para mulheres lactantes, visto que o maior risco de TEV decorre no período pós-parto e também devido ao facto de os estrogénios poderem diminuir a produção do leite de forma dependente da dose. Na última década, tendo em conta a introdução deste tipo de contraceptivo sem estrogénios, houve um interesse maior para uma população mais vasta de mulheres (Palacios et al., 2020).

Mulheres que possuam condições médicas relacionadas com o aumento de risco de trombose normalmente não devem utilizar contraceptivos com estrogénios. Os estudos não encontraram maior probabilidade de TEV com contraceção progestativa oral, nem houve aumento da probabilidade de AVC ou enfarte agudo do miocárdio (Tepper et al., 2016). Os resultados de um estudo demonstraram que a drospirenona (4mg) não afetou o equilíbrio entre fatores pró-coagulantes e anticoagulantes. Após a análise de mais de 20.000 ciclos não existiram relatos de TEV, arterial, enfarte agudo do miocárdio, AVC ou embolia pulmonar. É importante referir que nos ensaios clínicos fase III existiram participantes com fatores de risco para TEV (Palacios et al., 2020). Verificaram-se diversos efeitos dos progestativos noutros parâmetros biológicos. Diferentes contraceptivos constituídos por progestativos podem levar a alterações nos parâmetros lipídicos em ambas as direções. Determinados contraceptivos progestativos orais foram relacionados a uma redução do HDL, aumento do colesterol total e dos triglicéridos (Tepper et al., 2016). Isto é, o risco tromboembólico, metabólico e cardiovascular é reduzido (existe um efeito ligeiro no que toca aos fatores de coagulação, tensão arterial e perfil lipídico) (Pacheco et al., 2020).

A osteoporose é caracterizada pela redução da massa óssea e deterioração da microarquitetura do osso, conduzindo ao aumento do risco de fratura. Em 2007, uma revisão entre adolescentes, referiu que as vantagens da utilização de contraceptivos constituídos apenas por progestativos são superiores às preocupações teóricas de segurança em relação ao risco de fratura. Tanto os CO com desogestrel e drospirenona parecem ser seguros para os ossos (Hadji et al., 2019). Existe assim a proteção da perda de massa óssea em mulheres amamentar (Pacheco et al., 2020).

Os miomas uterinos são das neoplasias benignas mais comuns que afetam o trato reprodutivo feminino. Qualquer fator que reduza a exposição do miométrio aos estrogénios ou aumento os níveis de progesterona (como o uso de CO) tende a diminuir o risco. O uso de contraceptivos diminui a probabilidade de miomas uterinos, principalmente em mulheres entre os 30 e 40 anos. O risco de miomas devido a história familiar positiva, gravidez e cirurgias ginecológicas

pode ser também reduzido com o uso de CO. O uso dos mesmos contribui também para o controle do crescimento dos miomas uterinos (Kwas et al., 2021 ; Pacheco et al., 2020).

O tratamento hormonal apenas com progestagênios provoca uma melhoria da dismenorreia ao causar atrofia endometrial e ao inibir a ovulação (Petraglia et al., 2017).

A hemorragia uterina abundante é uma condição comum entre mulheres em idade reprodutiva, cuja prevalência é de 10 a 30%. Afetando de forma negativa a qualidade de vida da mulher e está relacionada com redução da produtividade, problemas de saúde e aumento de recursos de saúde. Uma dosagem contínua de progestativos orais é uma opção eficiente no que toca a redução (87%) da hemorragia abundante (Wouk & Helton, 2019).

O progestativo restringe a proliferação endometrial e promove a diferenciação. Contracetivos constituídos apenas por progestativos aparentam conceder uma proteção ainda mais forte contra a carcinogênese do endométrio em alguns estudos epidemiológicos (Kamani et al., 2022). Ou seja, o uso de contracetivos constituídos por progestativos leva a uma diminuição do risco de cancro do endométrio (Pacheco et al., 2020).

### **3.7 Interações farmacológicas e não farmacológicas**

Aquando do aconselhamento do contracetivo é necessário ter em conta a medicação e suplementação concomitante uma vez que os níveis séricos e a eficácia dos contracetivos podem ser modificados por estes. No entanto a utilização dos mesmos pode influenciar o nível sérico de determinados medicamentos. Existem dois mecanismos que podem afetar a eficácia dos contracetivos interações farmacocinéticas e interações farmacodinâmicas.

As interações farmacocinéticas englobam os produtos que alteram a absorção, distribuição, metabolismo e excreção do contracetivo, modificam a biodisponibilidade e eventualmente a eficácia do CO.

As interações farmacodinâmicas são aquelas em que os fármacos afetam diretamente a ação clínica do contracetivo, tanto por efeito sinérgico ou antagonista (Pacheco et al., 2020).

#### **3.7.1 Álcool**

O álcool pode atuar como indutor das enzimas hepáticas. O consumo de álcool crónico gera uma indução nas enzimas hepáticas que leva a um aumento da biotransformação metabólica e uma diminuição da atividade dos fármacos acabando por levar a uma tolerância a esses medicamentos. O consumo agudo de álcool inibe temporariamente a biotransformação de fármacos pelo citocromo P450, podendo elevar os níveis plasmáticos dos mesmos, o que faz com que estudantes que utilizem contracetivos de baixa dose possuam um risco maior. Uma redução das hormonas circulantes no sangue, devido ao aumento da metabolização, reduz a eficácia do CO (Denise Aparecida Gonçalves de Oliveira et al., 2009).

#### **3.7.2 Antiepilépticos**

A indução enzimática leva a um aumento do metabolismo do fármaco afetado, provocando uma redução das concentrações séricas do mesmo e do seu efeito farmacológico. Contudo, se o indutor for retirado, a concentração sérica do fármaco irá aumentar conduzindo possivelmente a efeitos adversos. Os esteróides presentes nos CO são compostos sensíveis à indução enzimática. Espera-se então, a perda de atividade contraceptiva aquando a toma concomitante de fármacos antiepiléticos que sejam indutores enzimáticos (tabela 10) (Zaccara & Perucca, 2014). Estes fármacos antiepiléticos induzem as enzimas do citocromo P450 no fígado que é a principal via de metabolismo dos COC e dos PO (Haseitel & Hardaman, 2021). Deve então ser recomendado o uso de métodos contraceptivos adicionais (método de barreira) a mulheres que utilizem um fármaco indutor enzimático que interfira com a eficácia dos contraceptivos hormonais orais, durante o período de toma do fármaco e durante os 28 dias posteriores à sua suspensão (Pacheco et al., 2020). Os indutores não enzimáticos do sistema P450 não afetam a eficácia contraceptiva, podendo ser tomados concomitantemente com qualquer método contraceptivo ou contraceção de emergência (Haseitel & Hardaman, 2021).

Como se pode observar na tabela 10, a utilização de CHC diminui a concentração sérica da lamotrigina uma vez que aumenta a eliminação renal. Podendo então conduzir a um menor controlo das crises de epilepsia aquando a toma dos comprimidos com princípio ativo e por outro lado um aumento da sua concentração sérica no intervalo sem hormonas com risco de toxicidade. As mulheres que utilizam este fármaco para o tratamento da epilepsia possuem um risco mais elevado de toxicidade e efeitos adversos nos dias de pausa/dias de tomas de placebo dos CHC, portanto deve ser ponderado o uso do contraceptivo em regime contínuo (Pacheco et al., 2020). Apesar de a oxcarbazepina possuir um baixo potencial de indução enzimática, esta tem um efeito similar ao da carbamazepina nos contraceptivos hormonais. O perampanel na dose de 12 mg/dia pode diminuir a eficácia de contraceptivos hormonais que têm na sua constituição progesterona (através da indução da isoforma do citocromo P-450: CYP3A4). Neste caso é aconselhado o uso de outros métodos não hormonais (Haseitel & Hardaman, 2021). Fármacos indutores de enzimas microsossomais no citocromo P-450 como a fenitoína, carbamazepina e fenobarbital aumentam os níveis plasmáticos da *sex hormone-binding globulin* o que consequentemente leva a uma diminuição dos estrogénios e progestagénios em circulação alterando desta maneira a distribuição dos CO pelo organismo contribuindo para a falha contraceptiva (Haseitel & Hardaman, 2021 ; Reddy, 2010).

Tabela 10 – Antiepiléticos e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais (adaptado de Pacheco et al., 2020; Haseitel & Hardaman, 2021).

Diminuem a eficácia dos contraceptivos hormonais (Indutores enzimáticos)	Sem efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais (Inibidores enzimáticos)	Sem efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais (Sem efeito na indução enzimática)
	Todos os contraceptivos são elegíveis	Todos os contraceptivos são elegíveis
Carbamazepina	Valproato de sódio	Gabapentina

Fenitoína		Lamotrigina
Fenobarbital		Levetiracetam
Primidona		Pregabalina
Oxcarbazepina		Tiagabina
Rufinamida		Vigabatrina
Felbamato		Benzodiazepinas
Topiramato > 200 mg/dia <sup>a</sup>		Zonisamida
Eslicarbazepina		
Lacosamida		
Perampanel <sup>b</sup>		
<sup>a</sup> Fraco indutor na dose de 200 mg dia.		
<sup>b</sup> Na dose de 12 mg/dia.		

### 3.7.3 Antimicrobianos

A evidência científica existente é insuficiente no que concerne à interação dos antibióticos (com exceção da rifampicina) com contraceptivos hormonais. No fígado, o EE é metabolizado em conjugados inativos que são excretados pela bÍlis. No entanto, a atividade enzimática da flora bacteriana intestinal atua sobre esses conjugados libertando assim o EE ativo para reabsorção. Os antibióticos de amplo espectro podem interromper a flora bacteriana intestinal e consequentemente levar a uma redução na reabsorção intestinal de COC levando a uma redução nos níveis circulantes dos mesmos. Outros mecanismos propostos incluem a interferência relacionada com os antibióticos na absorção, aumento na excreção, alterações na ligação das proteínas plasmáticas dos COC. Não ocorre circulação entero-hepática para os progestativos na sua forma ativa pelo que as alterações da flora intestinal não alteram a sua eficácia contraceptiva (Pacheco et al., 2020; Toh et al., 2011). No caso de ocorrência de vômitos, diarreia ou alteração da flora intestinal deve-se associar à COC um método contraceptivo adicional, durante o tempo da terapêutica e nos 7 dias posteriores à mesma (Pacheco et al., 2020). A rifampicina encontra-se associada a um maior risco de gravidez indesejada entre utilizadoras de COC por induzir enzimas microsossomais hepáticas que reduzem os níveis de hormonas esteróides (tabela 11). Uma vez que é um potente indutor hepático da enzima citocromo P-450 3A4 e o EE também é um substrato dessa enzima (Masters & Carr, 2009; Toh et al., 2011). Aquando a utilização de rifampicina e rifabutina o uso de CO é de Categoria 3. O risco relativo de gravidez aquando a utilização de rimfapicina é desconhecido, sendo que as mulheres devem ser informadas do risco de interação. Sobre a rifabutina a informação é limitada e o efeito sobre o metabolismo dos COC parece ser inferior (Pacheco et al., 2020).

A griseofulvina é um indutor do citocromo P-450 interagindo assim com os medicamentos que são metabolizados por este, como os CO (tabela 11). Aumentando a sua depuração e consequentemente interferindo com a sua eficácia (Categoria 3) (Pacheco et al., 2020; Olson et al., 2022)

Em estudos com utilização concomitante de 50mg de fluconazol e CO não foram verificados efeitos significativos nos níveis de hormonas, no entanto com 200mg os níveis de EE e do levonorgestrel aumentaram 40% e 24%, respectivamente (Laboratórios Pfizer, Lda. Diflucan: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022).

Os CO são substratos da isoforma CYP3A4 pelo que o uso concomitante com voriconazol levou ao aumento da concentração plasmática de EE e de noretisterona. Esta associação poderá levar a efeitos indesejáveis, como náuseas e perturbações menstruais (Aristo Pharma GmbH Voriconazol Aristo: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022).

Tabela 11 – Antimicrobianos e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais (Pacheco et al., 2020)

Antimicrobianos	Efeito na eficácia do contraceptivo hormonal
Antibióticos de largo espectro	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Rifampicina ou Rifabutina	Diminuição da eficácia contraceptiva
Antifúngicos (Griseofulvina)	Diminuição da eficácia contraceptiva
Antiparasitários	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis

### 3.7.4 Antirretrovirais

Alguns antirretrovirais podem induzir ou inibir o citocromo P-450 podendo como já foi referido interferir com a eficácia dos CO, como se pode observar na tabela 12. Os inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa são eliminados por via renal sem que ocorra metabolismo do citocromo P-450. Eles são relativamente seguros aquando a utilização concomitante de CO. No entanto, alguns dos inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa induzem as enzimas do citocromo P-450. A etravirina e a rilpivirina não demonstram interagir de forma clinicamente significativa com a contraceção hormonal, uma vez que são indutores mais fracos da CYP3A4. Os inibidores da protease podem reduzir a concentração e a eficácia da contraceção hormonal por aumentar o metabolismo dos esteróides, principalmente quando potenciados com ritonavir (Sharma & Walmsley, 2015).

Tabela 12 – Antirretrovirais e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais (Pacheco et al., 2020)

Fármaco	Efeito na eficácia do contraceptivo hormonal
Inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa Abacavir Tenofovir Zidovudina Lamivudina Didanosina* Emtricitabina Estavudina*	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Inibidores não nucleosídeos da transcriptase	Nevirapina sem efeito nos contraceptivos

reversa Efavirenz Etravirina Nevirapina Rilpivirina	hormonais. Efavirenz e Nevirapina: Os estudos de farmacocinética demonstram uma diminuição dos níveis de progestativo da contraceção hormonal oral, no entanto a taxa de gravidez não foi diferente das mulheres não utilizadoras destes fármacos. O uso dos mesmos isolados ou em associação encontra-se classificado como Categoria 2. Etravirina e a Rilpivirina não interferem com a contraceção hormonal.
Inibidores da protéase Atazanavir-Ritonavir Lopinavir- Ritonavir Darunavir-Ritonavir	Ritonavir diminui a eficácia da contraceção hormonal oral (Categoria 2).
Inibidores da integrase Raltegravir Elvitegravir/Cobicistate Dolutegravir	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
*Não comercializado em Portugal	

### 3.7.5 Cafeína

Estudos *in vitro* com microsomas hepáticos humanos demonstraram que os CO exercem uma forte influência na atividade enzimática da isoforma do citocromo P-450 CYP1A2, interferindo desta forma com a depuração da cafeína, uma vez que esta é um substrato conhecido da CYP1A2. Segundo uma revisão sistemática de Grzegorzewski et al., 2022, foi possível mostrar que a diminuição da depuração da cafeína pelos CO é um efeito independente da dose de cafeína (Grzegorzewski et al., 2022; Kanacher et al., 2020; Oesterheld et al., 2008; Ribeiro-Alves et al., 2003)

O consumo de cafeína aumenta a excreção urinária de cálcio e outros minerais. Fatores que afetem o metabolismo da cafeína, como os CO, podem alterar esse efeito. A ingestão aguda de cafeína em quantidades como as encontradas em 2 a 3 chávenas de café (aproximadamente 300mg de cafeína) aumenta a excreção urinária de cálcio, magnésio e sódio por pelo menos 3 horas depois do seu consumo. Estas perdas podem potencialmente afetar a massa óssea, aumentando a libertação de minerais ósseos para manter o equilíbrio. O uso de CO atenua o aumento agudo da excreção urinária de cálcio, magnésio e, em menor dimensão, de zinco e potássio, induzido pela cafeína. Os CO parecem afetar o metabolismo da cafeína, reduzindo a excreção urinária da paraxantina e potencialmente limitando os seus efeitos fisiológicos. Estas descobertas são particularmente relevantes para mulheres com uma baixa ingestão de cálcio que necessitem de preservar os minerais essenciais para a saúde óssea (Ribeiro-Alves et al., 2003).

### **3.7.6 Corticosteróides**

Os COC provocam alterações nas proteínas plasmáticas e no metabolismo dos corticosteróides como por exemplo a prednisolona, metilprednisolona, dexametasona e betametasona. Estas alterações podem culminar na exposição ao aumento dos níveis de corticóides durante períodos prolongados (Organon Portugal, Sociedade Unipessoal, Lda. Celestone: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022; Laboratórios Pfizer, Lda. Medrol: Resumo Das Características Do Medicamento, 2017; Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda. Dexametasona Kabi: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022; Labesfal - Laboratórios Almiro, S.A. Prednisolona Labesfal: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022).

### **3.7.7 Fármacos que induzam vômitos ou diarreia**

A utilização de fármacos como o orlistato deve-se considerar o uso de métodos não orais (Pacheco et al., 2020).

### **3.7.8 Fármacos que influenciam diretamente a ação clínica do contraceptivo**

O acetato de ulipristal (AUP) pode ser utilizado para o tratamento de miomas e a sua eficácia pode ser modificada com a utilização concomitante de um contraceptivo hormonal. Deve ser considerado um método não hormonal. Este fármaco é também utilizado na contraceção de emergência e caso ocorra uma utilização em simultâneo com um contraceptivo hormonal a eficácia terapêutica é alterada. É aconselhado o início da contraceção hormonal 5 dias após a utilização de AUP (Pacheco et al., 2020).

### **3.7.9 Fármacos utilizados na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais**

Na tabela 13 encontram-se descritos alguns fármacos utilizados na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais e a existência ou não de efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais.

Tabela 13 – Fármacos utilizados na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais ( Adaptado de Pacheco et al., 2020)

Fármaco	Efeito na eficácia do contraceptivo hormonal
Aminossalicilatos Sulfassalazina, Messalazina	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Metotrexato	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Azatioprina	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis

Ciclosporina	Sem efeito significativo. O EE pode potenciar o efeito hepatotóxico da ciclosporina. EE e os progestagénios podem aumentar os níveis séricos de Ciclosporina. O risco de hipercalcemia pode ser potenciado pelo uso de contraceptivos hormonais com drospirenona
Tacrolimus, Sirolimus	Sem efeito significativo O EE pode aumentar os níveis de Tacrolimus. O risco de hipercalcemia pode ser potenciado pelo uso de contraceptivos hormonais com drospirenona
Micofenolato	Pode interferir com a eficácia da contraceção hormonal
Prednisolona	O EE e os progestativos podem aumentar os níveis séricos de prednisolona

### 3.7.10 Psicotrónicos

As evidências científicas são limitadas, mas tendem a mostrar que a utilização de inibidores da recaptção da serotonina e inibidores da recaptção da serotonina e noradrenalina não interferem com o metabolismo hepático nem com a eficácia dos contraceptivos hormonais (Categoria 1). No que toca aos antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamina oxidase (ex.: moclobemida), utilizados no tratamento da depressão crónica refratária, a evidência científica não é consistente em relação à eficácia dos contraceptivos hormonais, pelo que é aconselhado considerar-se a utilização de contraceção intrauterina (Pacheco et al., 2020).

Os contraceptivos hormonais (incluindo combinações de estrogénios e progesterona ou apenas progesterona) são inibidores das isoformas do citocromo P-450: 1A2, 3A4 e 2C19. Pelo que, o início ou a interrupção de CO pode requerer um ajuste da dose de clozapina. A utilização concomitante pode aumentar os níveis da clozapina. É preciso precaução aquando a suspensão de medicamentos inibidores da da CYP1A2 ou da CYP3A4 concomitantes visto que poderá acontecer uma diminuição dos níveis de clozapina. Os efeitos da inibição da CYP2C19 podem ser mínimos (Generis Farmacêutica, S.A. Clozapina Aurovitas: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022).

A erva de São João (*Hypericum perforatum*) possui efeitos indutores na glicoproteína P e nas enzimas hepáticas, incluindo as isoformas do citocromo P-450: 3A4, 2C19, 2C9, 1A2 e 2D6. O grau de indução da CYP3A4 correlaciona-se significativamente com o teor de hiperforina na preparação. Dado que esta exerce um papel importante na indução das enzimas do citocromo e glicoproteína P ativando o recetor pregnano X. A erva de São João pode diminuir o tempo de semi-vida de noretindrona e EE ao induzir a CYP3A4 e seu metabolismo. Pode aumentar a possibilidade de ovulação, *spotting* e consequentemente uma gravidez indesejada (tabela 14) (Nicolussi et al., 2020; Nobakht et al., 2022).

Tabela 14 – Psicotrónicos e o efeito na eficácia dos contraceptivos hormonais orais (Pacheco et al., 2020).

Drogas psicotrópicas	Efeito na eficácia do contraceptivo hormonal
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina: Fluoxetina, Citalopram; Escitalopram; Sertralina	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e norepinefrina: Venlafaxina, Duloxetina	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Antidepressivos tricíclicos: Clomipramina, Imipramina, Amitriptilina, Mirtazapina	Dúvidas sobre a interferência na eficácia
Inibidores seletivos da recaptção da dopamina: Bupropiona	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Benzodiazepinas orais	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Erva de São João ( <i>Hypericum perforatum</i> )	Diminuição da eficácia contraceptiva hormonal

### 3.7.11 Outras interações relatadas

A depuração da tizanidina, um relaxante muscular, foi reduzida em aproximadamente 50% aquando a utilização concomitante de CO. Estes fármacos, como supracitado, inibem a atividade da CYP1A2 pelo que podem aumentar os níveis plasmáticos da tizanidina (Teva Pharma - Produtos Farmacêuticos, Lda. Tizanidina Teva: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022).

A utilização concomitante de atorvastatina e CO levou a um aumento das concentrações plasmáticas de noretindrona e EE (Upjohn EESV Zarator: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022).

A administração concomitante de inibidores fortes da CYP3A4, como por exemplo verapamil, diltiazem e sumo de toranja podem conduzir ao aumento das concentrações plasmáticas de estrogénio e/ou progestativo (Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021; Bayer Portugal, Lda. Microgeste: Resumo Das Características Do Medicamento, 2022).

Os CO aquando administração concomitante com teofilina reduzem a sua depuração visto que esta é um substrato da CYP1A2. Consequentemente pode ser necessário a redução da dose de teofilina de forma a evitar efeitos adversos (Oesterheld et al., 2008; BGP Products, Unipessoal Lda. Unicontin: Resumo Das Características Do Medicamento, 2018).

A vitamina C é uma vitamina hidrossolúvel, opera como cofator em várias reações metabólicas como por exemplo na síntese de colagénio. Apresenta possuir um efeito positivo no corrimento vaginal, descrito com regularidade durante a utilização de CO. Desempenha também uma função de antioxidante, agindo como um eliminador de radicais livres e mantém os iões metálicos como o ferro, nas suas formas reduzidas. Um estudo realizado em 120 mulheres saudáveis utilizando CO, mostrou que uma suplementação de vitamina C por 4 semanas reduz as atividades da peroxidase e redutase quando comparadas com o grupo do controlo, isto confirma o papel favorável da vitamina C na neutralização do stress oxidativo durante a

utilização de CO. A deficiência desta vitamina pode levar a uma má cicatrização de feridas, distúrbios do tecido conjuntivo e escorbuto. A utilização de CO, especificamente aqueles que possuem na sua constituição estrogénios, correlaciona-se com níveis mais baixos de vitamina C, dado que existe o aumento da sua taxa de metabolismo. Este efeito é potencializado em mulheres que possuem uma alimentação deficiente, hábitos pouco saudáveis ou patologias de má absorção. Uma ingestão apropriada de vitamina C pode neutralizar a depleção causada pelos CO (Basciani & Porcaro, 2022).

### 3.8 Contraceção em situações médicas especiais

#### 3.8.1 Após aborto

Em mulheres saudáveis todos os métodos de contraceção são elegíveis após um aborto não complicado, quer seja espontâneo ou induzido, no 1.º/2º semestre. Tanto os COC como o progestativos orais são de categoria 1. Visto que a ovulação pode acontecer 6-8 dias após o aborto, aconselha-se o início da contraceção no dia ou nos 5 dias após o procedimento ou no dia após da confirmação do aborto. Ao começar a contraceção nos primeiros 5 dias após o aborto evita a necessidade de um método contracetivo adicional. O início imediato de contraceção não afeta a eficácia do misoprostol nem tem qualquer efeito na sintomatologia relacionada ao misoprostol, como perda de sangue e dor. O risco de TEV após aborto no 1.º e 2º semestre é baixo e inferior ao benefício do começo imediato da CO (Pacheco et al., 2020).

#### 3.8.2 Doenças autoimunes, vasculares e cardiovasculares

Em situações de imobilização prolongada tais como cirurgia, agravamento da patologia o CHC deve ser suspenso ou substituído por progestativo isolado. Na tabela 15 e 16 encontram-se as categorias da contraceção em doenças autoimunes, vasculares e cardiovasculares, respetivamente.

Tabela 15 – Categorias da contraceção em doenças autoimunes e vasculares ( adaptado de Pacheco et al., 2020)

Condição médica \ C	COC	PO	Observações
1. Lupus eritematoso sistémico			
a) Anticorpo antifosfolipídico positivo ou desconhecido	4	2	Existe um risco aumentado de doença cardíaca isquémica, AVC e tromboembolismo com esta patologia.
b) Trombocitopenia severa	2	2	Os COC com drospirenona devem ser utilizados com precaução nas mulheres com nefrite ou sob medicação com inibidores da enzima conversor da angiotensina (ex.: ramipril) por risco de aumento dos níveis de potássio.
c) Terapêutica imunossupressora	2	2	
d) Nenhuma das condições anteriores presentes	2	2	
2. Síndrome de Raynaud			
a) Primário	1	1	A síndrome de Raynaud secundária, aliada a outras situações clínicas, como esclerodermia, artrite reumatóide, lúpus
b) Secundário			

b.1) Sem Anticorpo Lúpico b.2) Com Anticorpo Lúpico	2 4	1 2	eritematoso sistémico com anticorpo lúpico presente, possuem um risco trombótico aumentado, devendo ser considerados os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção nas respetivas condições médicas associadas.
3. Artrite Reumatóide a) Com terapêutica imunossupressora b) Sem terapêutica imunossupressora	2 2	1 1	Mulheres com artrite reumatóide, artrite psoriática e psoríase têm um risco aumentado de doença cardiovascular e têm uma prevalência aumentada de risco de doença cardiovascular. Mulheres com artrite reumatóide e condições médicas associadas devem ser considerados os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção nas condições médicas associadas.
4. Mutações trombogénicas conhecidas (Fator V de Leidin; Déficit de Proteína C, S e antitrombina; Mutação protrombina)	4	2	O risco de trombose é 2 a 20 vezes maior nas mulheres utilizadoras de COC com trombofilia do que nas mulheres não utilizadoras.
5. Trombose venosa profunda e EP 5.1 Antecedentes de TEV/EP sem terapêutica anticoagulante 5.1.1 Alto risco para trombose venosa profunda /EP recorrente (um ou mais fatores de risco): - História de trombose venosa profunda /EP sob CHC -Antec. De trombose venosa profunda /EP na gravidez -Trombose venosa profunda /EP idiopático – Trombofilia incluindo síndrome antifosfolipídico - Doença oncológica (metastático, sob QT ou < 6 meses em remissão) excluindo os cancros de pele não melanomas - trombose venosa profunda	4	2	Mulheres com antecedentes de trombose venosa profunda /EP sem fatores de risco para trombose venosa profunda /EP recorrente que não estão sob anticoagulação, há pelo menos 3 meses o uso de COC é Categoria 3. História familiar positiva significa existir um familiar direto com antecedentes de trombose venosa profunda, EP, enfarte agudo do miocárdio e alerta o clínico de que a utente pode ter um risco individual de TEV.

/EP recorrente			
5.1.2 Baixo risco para trombose venosa profunda /EP recorrente (sem fatores de risco)	3	2	
5.2 Trombose venosa profunda /EP agudo	4	2	
5.3 Antecedentes de trombose venosa profunda /EP com terapêutica anticoagulante há pelo menos 3 meses			
5.3.1 Alto risco para trombose venosa profunda /EP recorrente (um ou mais factores de risco): - Trombofilia incluindo síndrome antifosfolipídico - Doença oncológica (metastática ou em remissão <6 meses) excluindo os cancros de pele não melanomas	4	2	
5.3.2 Baixo risco para trombose venosa profunda /EP recorrente (sem factores de risco)	3	1	
5.4 História familiar de trombose venosa profunda /EP (Familiar em 1.º grau)			
<45 anos	3	1	
≥ 45 anos	2	1	
6. Alterações venosas superficiais			Um estudo demonstra a associação entre a trombose venosa superficial e o risco aumentado de TEV nas utilizadoras de CHC quando comparadas com as não utilizadoras.
a) Veias varicosas	1	1	
b) Trombose venosa superficial (antecedentes ou aguda)	3	1	

Tabela 16 – Categorias da contraceção em doenças cardiovasculares ( adaptado de Pacheco et al., 2020)

Condição médica	C	COC	PO	Observações
-----------------	---	-----	----	-------------

1. Múltiplos riscos de doença cardiovascular (idade, tabagismo, diabetes e HTA)	3-4	2	Idade superior a 35 anos na presença de outros fatores de risco tais como tabagismo (mais de 15 cigarros dia), obesidade, diabetes, HTA e enxaqueca com aura. O uso de CHC associado ao tabaco aumenta o risco de doença cardiovascular principalmente de enfarte do miocárdio e este risco está diretamente relacionado com o nº de cigarros/dia.
2. HTA a) Controlada b) Não controlada b.1) Sistólica > 140-159 ou Diastólica > 90-94 mmHg; b.2) Sistólica ≥ 160 ou Diastólica > 95 mmHg c) Doença Vascular*	2-3 3 4 4	1 1 2 2	*Doença vascular inclui: doença coronária que se apresente com angina; doença vascular periférica apresentando com claudicação intermitente; retinopatia hipertensiva e acidentes isquémicos transitórios. Apesar de o risco de doença cardiovascular nas mulheres com HTA adequadamente controlada ser reduzido, são escassos os dados científicos sobre o uso de CHC. As mulheres com tensão arterial controlada com idade <35 anos são elegíveis para o uso de COC, sob vigilância clínica (Categoria 2). Nas mulheres com idade >35 anos o seu uso passa a Categoria 3. O uso com contraceção progestativa oral com drospirenona 4mg parece contribuir para diminuir a tensão arterial nas mulheres com HTA ligeira.
3. Antecedentes de HTA gestacional / pré-eclâmpsia ou Eclampsia (tensão arterial normal)	2	1	A evidência científica demonstra que as mulheres com antecedentes de pré-eclâmpsia têm um risco aumentado de desenvolver doença coronária e aterosclerose.
4. Antecedentes ou a presença de doença cardíaca isquémica	4	Início do método=2 Continuação do método=3	
5. Antecedentes de AVC	4	Início do método=2 Continuação do método=3	
6. Doença valvular cardíaca			

a) Não complicada	1	1	
b) Complicada (HTA pulmonar, fibrilhação arterial ou antecedentes de endocardite bacteriana)	4	1	
7. Cardiomiopatia periparto			
a) Função cardíaca normal ou ligeiramente alterada	3	1	
b) Função cardíaca moderadamente ou severamente alterada	4	1	

### 3.8.3 Doenças metabólicas e endócrinas

Embora existam alterações da farmacocinética das mulheres obesas, a eficácia dos contraceptivos hormonais não evidencia ser afetada pelo IMC (tabela 17) (Pacheco et al., 2020).

Tabela 17 – Categorias da contraceção em doenças metabólicas e endócrinas (adaptado de Pacheco et al., 2020)

Condição médica	C	COC	PO	Observações
1. Dislipidemia sem fatores de risco cardiovascular		2	2	Na presença de outros fatores de risco, o uso de CHC passa a Categoria 3 ou 4.
2. Excesso de peso IMC: 25-29,9 kg/m <sup>2</sup>		1	1	
3. Obesidade				O risco adicional de TEV associado ao uso CHC em mulheres obesas parece ser inferior ao risco de TEV na gravidez e no pós-parto. No entanto, o risco de TEV aumenta com o aumento do IMC e quase duplica para um IMC $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> . As mulheres obesas com IMC $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup> devem usar preferencialmente métodos com progestativo isolado ou não hormonais.
a) IMC $\geq 30$ Kg/m <sup>2</sup> < 18 anos		2	1	
b) IMC $\geq 30$ -34 kg/m <sup>2</sup>		2	1	
c) IMC $\geq 35$ kg/m <sup>2</sup>		3	1	
4. Obesidade associada a outros fatores de risco cardiovascular (idade, tabagismo, HTA, dislipidemia)		3	1	
5. Cirurgia bariática				Não há evidência da alteração da eficácia dos contraceptivos hormonais nas mulheres com banda gástrica.
a) Procedimento restritivo – diminuição da capacidade gástrica;		1	1	

b) Procedimento com malabsorção – diminuição da absorção de nutrientes e calorias.	3	3	
6. Diabetes			
a) Antecedentes de diabetes gestacional;	1	1	
b) Sem vasculopatia:			
b.1) Sem insulino terapia;	2	2	
b.2) Com insulino terapia.	2	2	
c) Nefropatia / Retinopatia / Neuropatia;	3/4	2	
d) Outra doença vascular ou diabetes com > 20 anos de duração.	3/4	2	
7. Patologia da tiróide			
a) Bócio simples;	1	1	
b) Hipertiroidismo;	1	1	
c) Hipotiroidismo.	1	1	
8. Patologia da hipófise			
a) Hiperprolactinémia.	1	1	

## 4 Material e Métodos

O presente trabalho tem como principal objetivo compreender o nível de conhecimento e os erros mais proeminentes que se encontram associados ao uso de contraceptivos orais. Para este fim foi executado um questionário (Anexo 2) às alunas da Universidade da Beira Interior (UBI), durante um ano letivo. Este foi submetido à comissão de ética da UBI, que deferiu autorização para a execução do mesmo (Anexo 3). O questionário possui algumas perguntas de cariz pessoal como por exemplo idade, curso, método contraceptivo utilizado e questões relacionadas com o uso de contraceptivos orais. O questionário foi realizado via *online* na plataforma eletrónica *Google Docs*, onde as alunas participaram de forma voluntária, anónima e confidencial, permitindo obter uma maior veracidade nas respostas. Os dados obtidos foram tratados com recurso ao programa de tratamento estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), versão 27.

## Resultados e Discussão

Neste estudo participaram 141 alunas da UBI sendo que 95 realizavam contraceção oral pelo que apenas estas responderam ao inquérito na sua totalidade. Em relação aos critérios de inclusão foi definido que as participantes deveriam ser do sexo feminino, ter mais de 18 anos, realizar contraceção oral e ser aluna da UBI. A amostra considera-se uma amostra não probabilística por conveniência uma vez que é constituída por alunas que se voluntariaram para participar neste estudo.

### 4.1 Caracterização sociodemográfica e académica da amostra

#### 4.1.1 Idade

A idade das 141 estudantes que participaram neste estudo varia entre os 18 e os 44 anos. A média de idades é de 23,15. O coeficiente de variação é de 20,7% o que representa uma dispersão média. A maior percentagem de alunas (67,4%) tem idade entre os 20 e os 24 anos, 12,8% têm idade inferior a 20 anos, 10,6% uma idade compreendida entre 25 e 29 anos e 9,2% idade superior a 29 anos (figura 6).

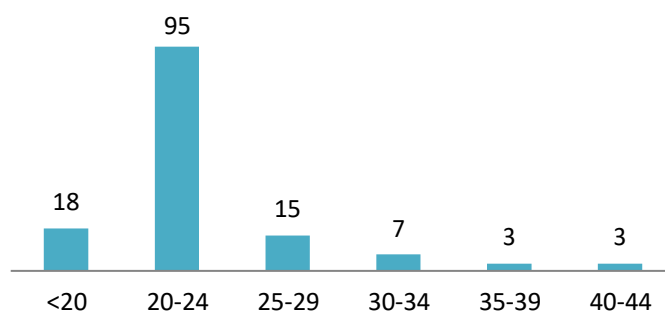


Figura 6 – Idade das alunas que realizaram o questionário

No que diz respeito às alunas que realizam contraceção oral a média de idades é de 23,18. O coeficiente de variação é de 21,1% o que caracteriza uma dispersão média. Este, tal como a média, não difere muito quando comparado com as alunas na sua totalidade. A percentagem de alunas com idade inferior a 20 anos foi de 10,5%, a maior percentagem de alunas (71,6%) tem idade compreendida entre os 20 e os 24 anos, 11,6% encontram-se entre os 25 e os 29 anos, e por fim, 6,4% das alunas possuem uma idade superior a 29 anos (figura 7).

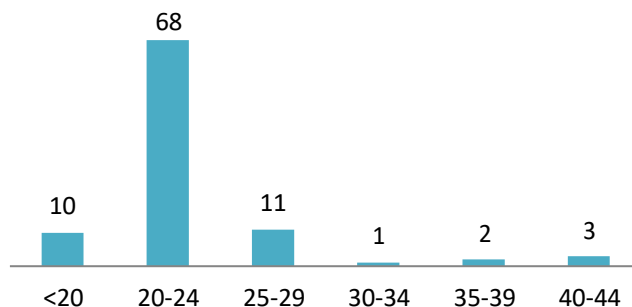


Figura 7 – Idade das alunas que realizavam contraceção oral

#### 4.1.2 Estado Civil

No que toca ao estado civil das 141 alunas, 80 referiram que tinham um(a) parceiro(a), 59 são solteiras e 2 encontram-se casadas. Das 95 alunas que realizam contraceção oral é possível observar-se que 54 destas se encontravam num relacionamento amoroso enquanto 41 se encontravam solteiras.

#### 4.1.3 Métodos contracectivos

Relativamente aos métodos contracectivos adotados pelas alunas da UBI, apenas 1 aluna referiu não utilizar nenhum método contracectivo. Destas 141 alunas, 71 realizavam apenas contraceção oral (24,2%) e 8,2% utilizavam um CO e adicionalmente o preservativo, sendo por isso a contraceção oral o método contracectivo mais utilizado. Em seguida o método contracectivo mais frequente foi o preservativo masculino, sendo que 33 alunas utilizavam exclusivamente este método (11,3%), como podemos observar na figura 8.

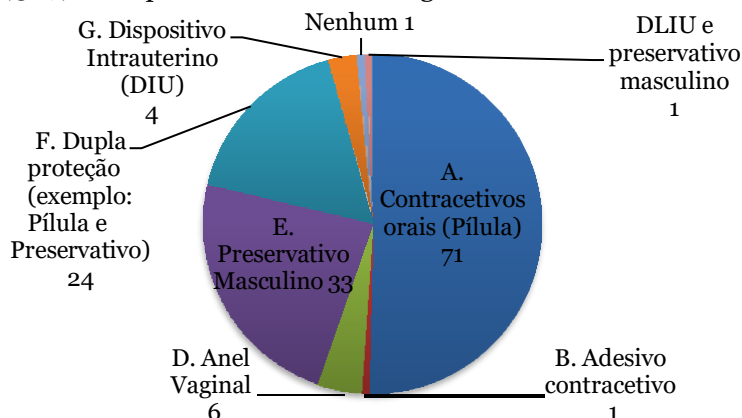


Figura 8 – Distribuição dos métodos contracectivos utilizados

#### 4.1.4 Ciclo de estudos da amostra

Os diferentes polos abrangem diversas licenciaturas, mestrados e doutoramentos. O polo I compreende Bioengenharia, Bioquímica, Biotecnologia, Ciências da Comunicação, Design de Moda, Design Industrial, Engenharia e Gestão Industrial, Engenharia Eletromecânica, Engenharia Informática, Estudos Portugueses e Espanhóis, Matemática e Aplicações, Química Industrial, Comunicação Estratégica: Publicidade e Relações Públicas, Design Multimédia, Ensino de Física e Química no 3º Ciclo do Ensino Básico e no Ensino Secundário, Engenharia Aeronáutica, Engenharia Eletrotécnica e de Computadores, Química. O Polo II Ciências do Desporto, o polo III Optometria e Ciências da Visão, Ciências Biomédicas, Ciências Farmacêuticas, Medicina, Biomedicina e por fim o polo IV Ciência Política e Relações Internacionais, Economia, Gestão, Marketing, Psicologia, Sociologia, Empreendedorismo e Criação de Empresas, Gestão de Unidades de Saúde.

A maioria das alunas que responderam ao inquérito pertencem ao polo III, área das ciências da saúde, com 68 respostas (48,2%). Relativamente ao polo I responderam 48 alunas (34,0%), sendo que os polos II e IV foram aqueles com menor número de respostas 2 (1,4%) e 23 (16,3%), respetivamente (figura 9). No que toca ao ciclo de estudos, 62 alunas (44,0%) frequentavam licenciatura e 62 alunas (44,0%) frequentavam mestrado integrado. O mestrado e o doutoramento são os que representam um menor número de respostas, 11 alunas (7,8%) e 6 alunas (4,3%), respectivamente (figura 10).

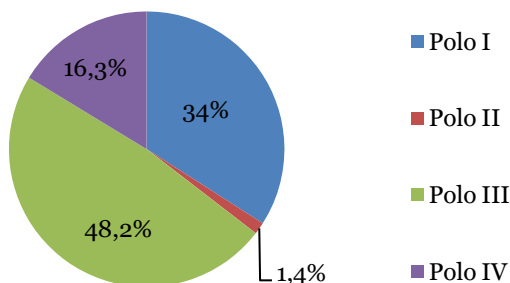


Figura 9 – Distribuição das 141 alunas por polo

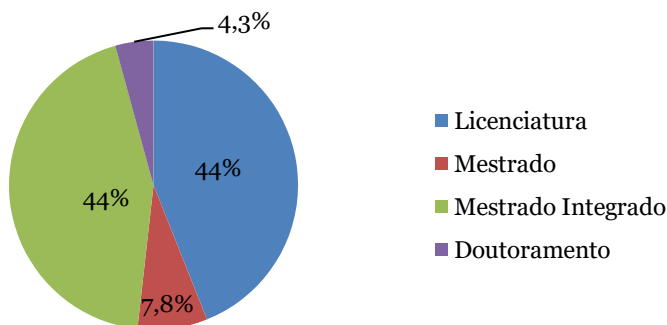


Figura 10 – Distribuição das 141 alunas por ciclo de estudos

Em relação ao ano curricular a maior parte das alunas encontra-se no terceiro ano de curso com 34 alunas (24,1%), seguido do segundo ano com 31 alunas (22,0%), do quinto ano com 27 alunas (19,1%), do primeiro ano com 24 alunas (17,0%) e do quarto ano 20 alunas (14,2%). O ano com menos respostas ao inquérito foi o sexto ano com 5 alunas (3,5%), como podemos observar na figura 11. De notar, que nem todas as licenciaturas possuem 6 anos.

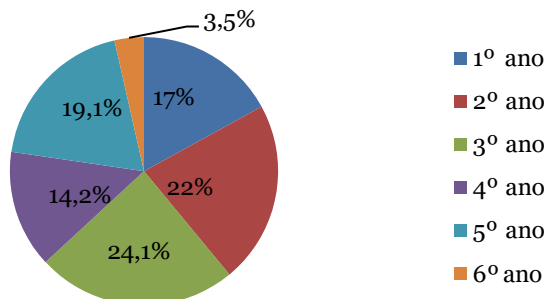


Figura 11 – Distribuição das 141 alunas por ano curricular

#### 4.1.5 Ciclo de estudos da amostra final

A maioria das alunas da amostra final pertencem ao polo III, área das ciências da saúde, com 49 respostas (51,6%). Relativamente ao polo I responderam 32 alunas (33,7%), sendo que o polo IV foi aquele com menor número de respostas 14 (14,7%), como podemos observar na figura 12. No que toca ao ciclo de estudos a maioria das alunas que participaram no inquérito pertenciam ao mestrado integrado 42 (44,2%), em seguida 40 alunas da licenciatura (42,1%). Com menor número de respostas encontra-se o mestrado com 8 (8,4%) e o doutoramento com 5 (5,3%), como podemos observar na figura 13.

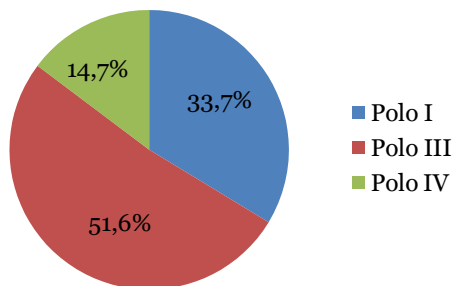


Figura 12 – Distribuição das 95 alunas por polo

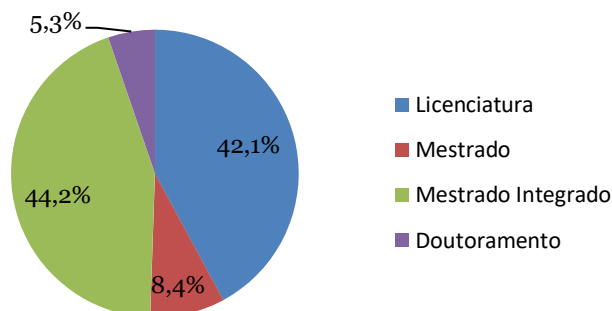


Figura 13 – Distribuição das 95 alunas por ciclo de estudos

Em relação ao ano curricular, a maior parte das alunas encontra-se, novamente, no terceiro ano com 27 alunas (28,4%), seguido do segundo ano com 19 alunas (20,0%), do quinto ano com 17 alunas (17,9%), do quarto ano 16 alunas (16,8%) e do primeiro ano com 13 alunas (13,7%). O ano com menos respostas ao inquérito foi o sexto ano com 3 alunas (3,2%), como podemos observar na figura 14.

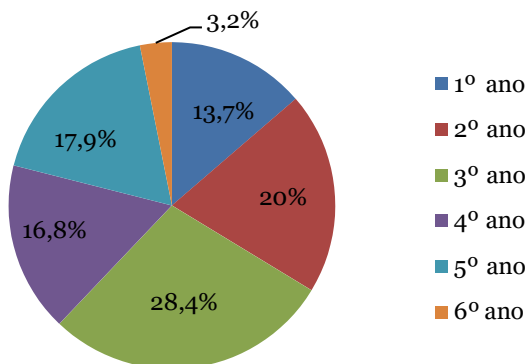


Figura 14 – Distribuição das 95 alunas por ano curricular

## 4.2 Contraceção oral

### 4.2.1 Nome do CO

No que toca ao tipo de CO, organizaram-se os dados de modo a possibilitar uma melhor interpretação, como se pode observar na figura 15. Posto isso, os contraceptivos “Azalia®”, “Belara®”, “Cerazette®”, “Clarissa®”, “Ciproterona+Etinilestradiol”, “Daylette®”, “Denille®”, “Estinette®”, “Etinilestradiol+Gestodeno”, “Marvelon®”, “Microginon®”, “Minesse®”, “Qlaira®”, “Tri-Minulet®”, “Yasmin®”, “Zoely®” foram reunidos no grupo “outros” visto que estas eram mencionadas numa frequência inferior/igual a 3. Verificou-se, no entanto, que o CO mais utilizado é a Minigeste® (33,7%) constituída por EE (0,02 mg) e gestodeno (0,075 mg). Este é um COC de baixa dose o que permite uma eficácia igual quando comparadas com as de doses maiores e acarretam menos efeitos secundários. Uma vez que possui gestodeno na sua constituição este pertence ao conjunto dos COC de 3ª geração. Dos contraceptivos referidos as “Estinette®”, “Minesse®”, “Tri-Minulet®” contêm na sua composição EE e gestodeno. Também a “Gynera®” é constituída por estes dois componentes EE (0,03 mg) e gestodeno (0,075 mg), sendo reportada por 6,3% das alunas. Outros contraceptivos referidos foram a “Arankelle®” (10,5%) e a “Aranka®” (4,2%) constituídos por EE (0,02 mg e 0,03 mg, respetivamente) e drospirenona (3 mg) sendo então consideradas de quarta geração e com baixas doses de EE. Tanto a “Daylette®” e a “Yasmin®” são também compostas por estes dois componentes, variando a dose de EE. Algumas alunas que relataram também o uso de “Sibilla®” (4,2%) e “Valette®” (5,3%) compostas por doses iguais de EE (0,03 mg) e dienogest (2 mg) sendo CO de quarta geração (tal como a “Denille®”). A “Diane 35®” (2,1%) e a “Selene®” (1,1%) são constituídas por EE (dose alta, 0,035 mg) e acetato de ciproterona (2 mg). Este CO é usado, em

mulheres em idade fértil, para tratar patologias de pele (acne moderada a grave relacionada com sensibilidade aos androgénios e hirsutismo) (Bayer Portugal, Lda. Diane 35: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021). A “Slinda®” (4,2%) é um contraceptivo constituído apenas por progestativo (drospirenona). Entre as respostas das 95 alunas existem poucas referências aos contraceptivos orais genéricos o que pode indicar uma falta de conhecimento da existência dos mesmos ou uma preferência pelos contraceptivos de marca.

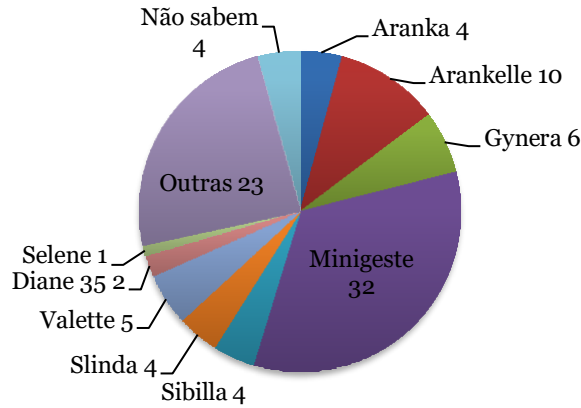


Figura 15 – Distribuição dos tipos de CO utilizados

#### 4.2.2 Motivo de toma da contraceção

Em relação ao motivo da toma do CO foram referidos diversos motivos (figura 16) sendo o principal a prevenção da gravidez (38,9%). No entanto 29,5% referiram que o motivo da toma do CO era a melhoria da dismenorreia e 14,7% a melhoria da acne. Verificou-se que as utilizadoras da “Diane 35®” utilizam este CO com o intuito de melhoria da acne mas também para tratamento da Síndrome dos Ovários Policísticos (SOP). Esta síndrome é caracterizada por um desequilíbrio hormonal que intervém nos processos reprodutivos normais. Esta patologia encontra-se frequentemente relacionada com a infertilidade, um aumento do risco de desenvolver diabetes tipo 2, doenças cardiovasculares e ainda a uma maior prevalência de cancro do endométrio em idade precoce (CUF, 2022). Apenas uma aluna referiu utilizar a “Selene®” sendo também para o tratamento da SOP.

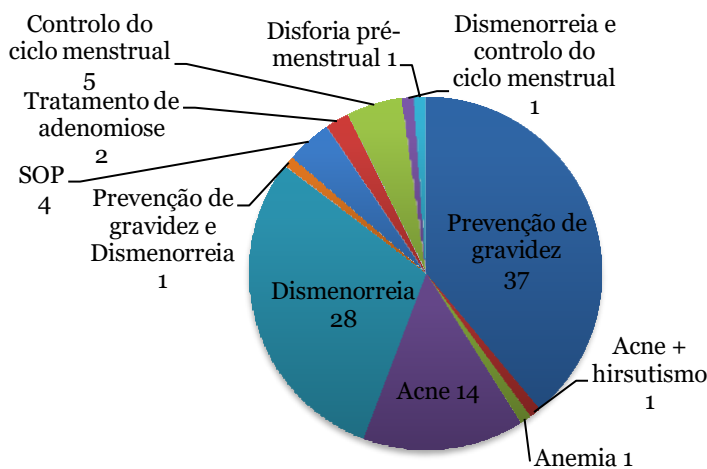


Figura 16 – Distribuição dos motivos para a utilização de CO

### 4.2.3 Efeitos adversos

Sobre a existência de efeitos adversos aquando do início do CO a grande percentagem das alunas (57%) referiu não ter sentido estes efeitos. Das 95 alunas, 41 descreveram a existência dos mesmos. Dentro das alunas que apresentaram efeitos adversos, a maioria referiu mais do que um efeito adverso sendo mais mencionados o aumento de peso (29%) e a cefaleia (27%), como podemos observar na figura 17. Destas 41 alunas 22 pensaram em desistir do CO enquanto que 19 não ponderaram desistir.

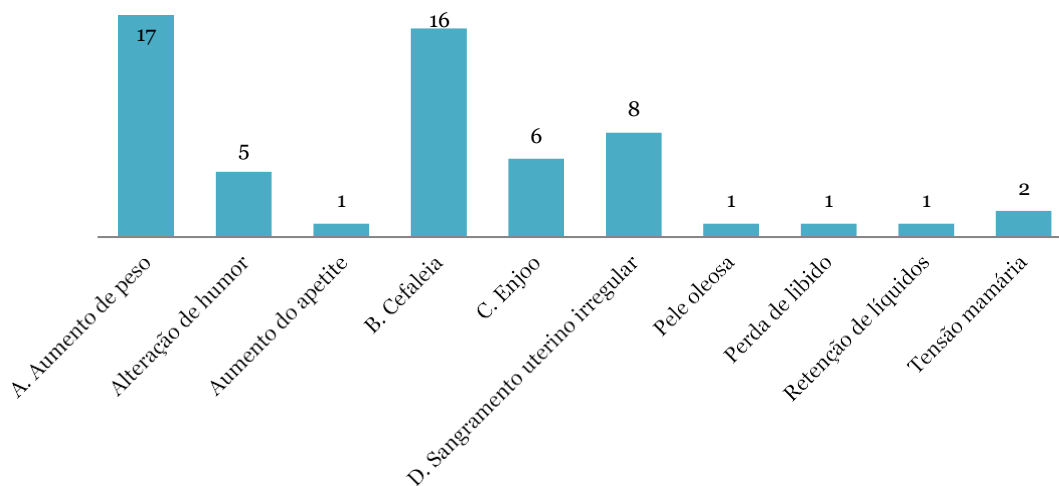


Figura 17 – Distribuição dos efeitos adversos descritos pelas alunas ao iniciar os contraceptivos orais

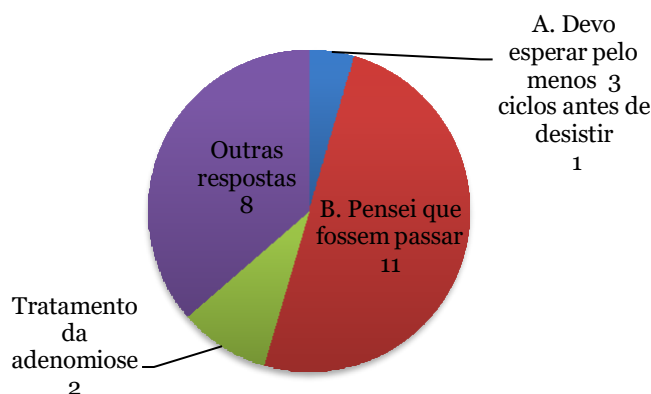


Figura 18 – Motivos que levaram a não desistir do CO

De entre os diferentes motivos que levaram as alunas a não desistir do seu CO (figura18), o mais referido foi o facto de acharem que os efeitos adversos iriam desaparecer (50%). Apenas 5% referiram o facto de ser necessário esperar pelo menos 3 ciclos antes de desistir ou mudar de CO uma vez que alguns dos efeitos adversos são autolimitados aos primeiros 3 a 6 meses. Outras respostas descreveram o facto de a desistência do CO levar ao retorno dos sintomas que possuíam anteriormente como por exemplo acne, dismenorrea entre outros. Algumas alunas revelaram ter experimentado outros métodos, mas regressado ao CO por dificuldade na

adaptação. Outras alunas experimentaram trocar de CO, apesar de existir a referência de uma aluna que não conseguiu obter uma consulta com o seu médico de família para tentar alterar o CO. Por fim, algumas alunas descrevem não desistir do CO dado que pretendem ter uma proteção contraceptiva.

### 4.3 Conhecimento sobre contraceptivos orais

Diversos fatores cognitivos intimamente relacionados ao conhecimento, percepções e atitudes de contraceção hormonal podem explicar, mesmo que de forma indireta, as associações entre conhecimento e comportamento de CO. Como por exemplo, o entendimento sobre os benefícios não contraceptivos pode auxiliar ao início e à continuidade da sua utilização enquanto que inquietações constantes acerca dos efeitos adversos e riscos associados podendo levar a uma descontinuação (Hall et al., 2014b) . Uma componente principal das diretrizes da OMS para a utilização de contraceptivos compreende a qualidade do aconselhamento acerca dos mesmos e da transmissão de informações corretas antes da escolha de qualquer método. A utilização incorreta e a descontinuação estão relacionadas com diversos fatores, sendo um deles a falta de conhecimento sobre os contraceptivos. É fundamental fornecer instruções claras sobre o procedimento correto de prevenção da gravidez aquando um comprimido esquecido fornecendo, ao mesmo tempo, um aconselhamento sobre a contraceção que se ajuste ao estilo de vida e estado de saúde da mulher (Hochberg et al., 2020).

#### 4.3.1 Esquecimento do uso do CO

Os CO são muito dependentes da utilizadora, isto é, a sua eficácia depende da mulher entender como é o correto funcionamento do método contraceptivo incluindo o seu zelo em tomar o CO aproximadamente no mesmo horário todos os dias e o procedimento que realiza quando existe um esquecimento do mesmo (Hall et al., 2014b). No inquérito realizado às alunas, estas foram questionadas sobre a existência ou não de esquecimento da toma do contraceptivo e sobre os procedimentos a ter em conta aquando o mesmo. Em relação ao esquecimento da toma do CO a maioria das alunas respondeu que quase nunca se esquecia de tomar o seu contraceptivo (45,26%) e apenas 18,95% respondeu que nunca se esquecia de tomar o contraceptivo (tabela 18).

Tabela 18 – Esquecimento do uso do CO.

Respostas	Frequência	Percentagem
A. Nunca	18	18,95%
B. Quase nunca (1 a 2 vezes no ano)	43	45,26%
C. Às vezes (mais de 2 vezes no ano)	33	34,74%
D. Quase sempre (ex. metade dos dias do ano)	1	1,05%
E. Sempre	0	0%

Mais de metade das inquiridas (66,3%) responderam corretamente acerca do que fazer aquando do atraso na toma do contraceptivo (figura 19). Isto é, todas estas sabiam que até 12 horas em relação ao horário habitual da toma do contraceptivo, este pode ser tomado sem que haja alteração na sua eficácia. As respostas “Tomar no dia seguinte à hora habitual” (17%) e “Tomar quando se lembra” (11%) não são totalmente erróneas mas apenas isto não é suficiente para que se realize um correto procedimento. Aquando um esquecimento deve-se proceder à toma do respetivo comprimido assim que possível, mesmo que isso implique uma toma de dois comprimidos ao mesmo tempo. Sendo que os restantes devem ser tomados na hora habitual (Bayer Portugal, Lda. Minigeste: Resumo Das Características Do Medicamento, 2019; Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021). No caso de contraceptivos constituídos por valerato de estradiol, regimes bifásicos ou trifásicos é necessário verificar o folheto informativo dos mesmos (Pacheco et al., 2020). Na categoria “outra resposta” encontram-se respostas como por exemplo “Consultar a bula. O modo de atuação depende da semana de toma” e “Ler na bula até quanto tempo após a hora habitual é possível tomar” sendo que efetivamente a consulta do folheto informativo permite o correto procedimento aquando o esquecimento.

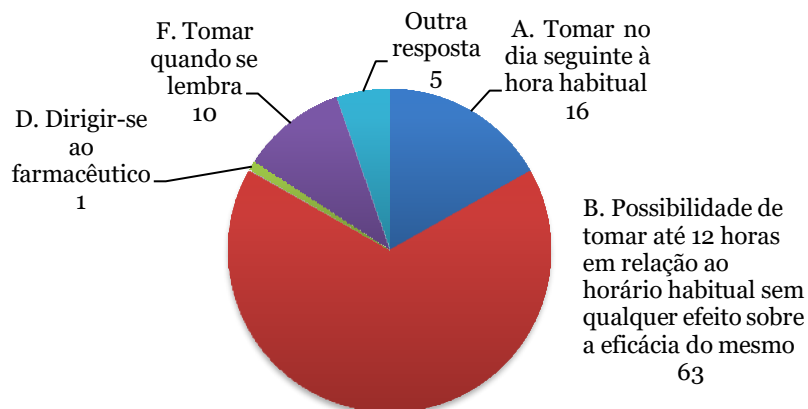


Figura 19 – Distribuição das respostas em relação ao procedimento aquando um esquecimento

Segundo Hochberg et al., 2020, grande parte dos jovens opta por procurar informação sobre saúde sexual *online* ao invés de recorrer a um profissional de saúde qualificado, uma vez que esta fonte de informação fornece uma maior acessibilidade e privacidade. Os dados deste estudo revelam que algumas mulheres que esqueceram de um comprimido ativo do CO não adquiriram informações suficientes dos seus profissionais de saúde sobre as consequências do esquecimento de uma toma e acabaram por recorrer à internet. Este estudo refere também que a maioria das mulheres se encontra mais familiarizada em relação ao procedimento do esquecimento de um comprimido ativo do que em relação ao procedimento do esquecimento de 2 ou mais comprimidos ativos esquecidos. Demonstra isto a importância do correto aconselhamento em relação à contraceção oral. Como já foi referido a influência do esquecimento é diferente para cada semana da toma do CO, sendo que um esquecimento no início e no fim da embalagem gera um risco mais acrescido de gravidez. Apenas 13,7% das alunas responderam corretamente no que toca a influência do esquecimento (figura 20).

Algumas alunas mencionaram que o risco era mais acrescido no meio da embalagem (16,8%) e outras no fim da embalagem (10,5%). A maioria (36,8%) indicou que o risco seria maior caso o esquecimento ocorresse no início na embalagem, e 22,1% indicou que a influência seria igual para todos os comprimidos do *blister* e como supramencionado um esquecimento na segunda semana não possui tanta influência na eficácia como ocorre na primeira ou na terceira.

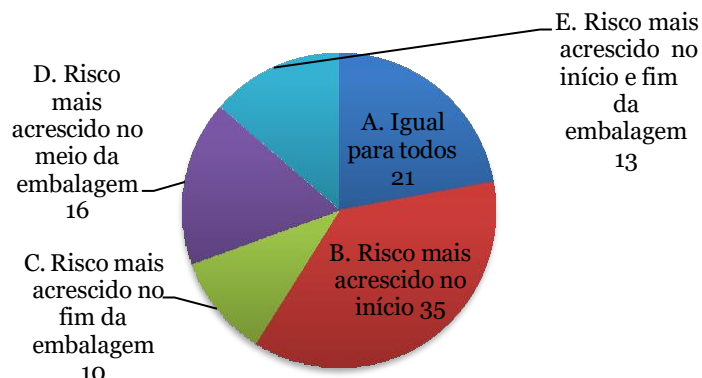


Figura 20 – Distribuição das respostas em relação à influência do esquecimento na eficácia contraceptiva

No que concerne à questão relacionada com a utilização de precauções contraceptivas adicionais (excluindo para a proteção de doenças sexualmente transmissíveis) 83 alunas responderam afirmativamente (87,4%) e as restantes 12 alunas responderam que não seria necessário. As alunas que responderam afirmativamente responderam a outra questão complementar (figura 21). Esta questão passava por querer saber em que ocasião a aluna achava ser necessário a utilização de um método contraceptivo adicional. A maioria (53%) das alunas respondeu sempre, 25,3% responderam que o uso devia ocorrer caso aconteça um esquecimento na toma do contraceptivo.

O uso do contraceptivo adicional (ex. preservativo) é aconselhado quando ocorre o esquecimento de um comprimido ativo do CO (14,5%). Na categoria “outra resposta” uma aluna referiu a necessidade do uso de contraceção adicional aquando da utilização de certos medicamentos e quando ocorre diarreia ou vômitos e também uma outra resposta que referia a necessidade aquando do esquecimento de 2 ou mais comprimidos ativos.

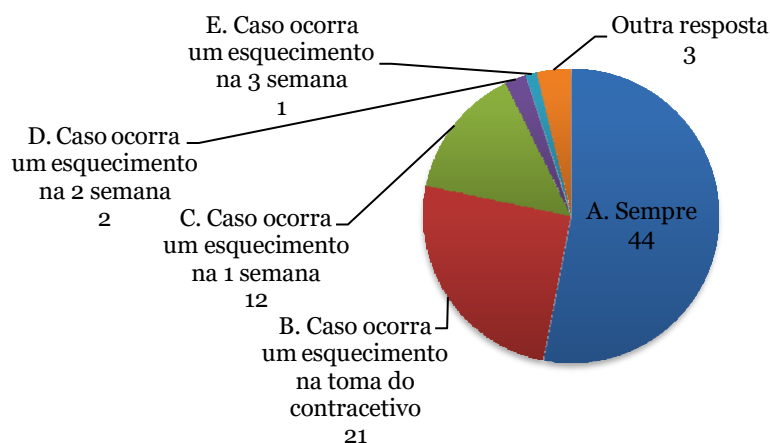


Figura 21 – Distribuição das respostas em relação à utilização de contraceção adicional

### 4.3.2 Riscos cardiovasculares/tromboembólico

Os contraceptivos hormonais (independentemente da via de administração) têm sido associados a complicações tromboembólicas raras, mas potencialmente graves. A dose do componente estrogénico é a principal causa de TEV. O tipo de progestativo, seja menos androgénico ou antiandrogénico, também foi indicado como fator que influencia o risco de TEV, sendo o risco maior observado com certos progestativos de terceira e quarta geração, como por exemplo desogestrel, gestodeno, drospirenona quando comparados com CO contendo levonorgestrel (Serfaty, 2019). Segundo o consenso sobre contraceção 2020 a associação de EE e Norelgestromina por via transdérmica está relacionada a um risco mais elevado do que a via oral ou vaginal. Relativamente à contraceção progestativa, o risco tromboembólico, metabólico e cardiovascular é reduzido (Pacheco et al., 2020). No que diz respeito ao implante subcutâneo existem dados epidemiológicos limitados, sendo que estes não sugerem que exista um risco aumentado de TEV e tromboembolismo arterial na sua utilização, contudo têm ocorrido notificações pós-comercialização de TEV e tromboembolismo arterial em mulheres a utilizar o implante (Organon Portugal, Sociedade Unipessoal, Lda. Implanon NXT: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021). Algumas das alunas assinalaram o DIU como um método contraceptivo com riscos cardiovasculares/tromboembólicos o que não é o caso dado que este não hormonal pelo que não acarreta as contra-indicações dos métodos supracitados. Na tabela 19 encontra-se a distribuição das respostas em relação aos riscos cardiovasculares/tromboembólicos.

Tabela 19 – Distribuição das respostas em relação aos riscos cardiovasculares/ tromboembólicos

Respostas	Frequência	Percentagem
A. Pílula combinada	34	35,8
A. Pílula combinada, B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”)	19	20,0
A. Pílula combinada, B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), C. Dispositivo Intrauterino (DIU), D. Anel Vaginal, E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	4	4,2
A. Pílula combinada, B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), F. Implante subcutâneo	4	4,2
A. Pílula combinada, D. Anel Vaginal, E. Adesivo contraceptivo	4	4,2
A. Pílula combinada, D. Anel Vaginal, E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	4	4,2
A. Pílula combinada, F. Implante subcutâneo	4	4,2
A. Pílula combinada, E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	3	3,2
A. Pílula combinada, B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), D. Anel Vaginal	2	2,1

A. Pílula combinada, B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	2	2,1
A. Pílula combinada, C. Dispositivo Intrauterino (DIU), D. Anel Vaginal, E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	2	2,1
A. Pílula combinada, C. Dispositivo Intrauterino (DIU), E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	2	2,1
F. Implante subcutâneo	2	2,1
A. Pílula combinada, B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), C. Dispositivo Intrauterino (DIU), E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	1	1,1
A. Pílula combinada, B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), D. Anel Vaginal, E. Adesivo contraceptivo, F. Implante subcutâneo	1	1,1
A. Pílula combinada, C. Dispositivo Intrauterino (DIU)	1	1,1
A. Pílula combinada, C. Dispositivo Intrauterino (DIU), D. Anel Vaginal, F. Implante subcutâneo	1	1,1
A. Pílula combinada, C. Dispositivo Intrauterino (DIU), F. Implante subcutâneo	1	1,1
A. Pílula combinada, E. Adesivo contraceptivo	1	1,1
B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”)	1	1,1
B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), C. Dispositivo Intrauterino (DIU), F. Implante subcutâneo	1	1,1
B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”), E. Adesivo contraceptivo	1	1,1
Total	95	100,0

#### 4.3.3 Função principal do CO

Como supramencionado a principal função do CO é a inibição da ovulação, através da interrupção do normal funcionamento do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. O progestativo é o principal responsável pelo efeito contraceptivo, já o componente estrogénico está relacionado com o controlo do ciclo (Pacheco et al., 2020). A maioria das alunas (85,3%) inferiu que a função principal do CO é a inibição da ovulação (figura 22).

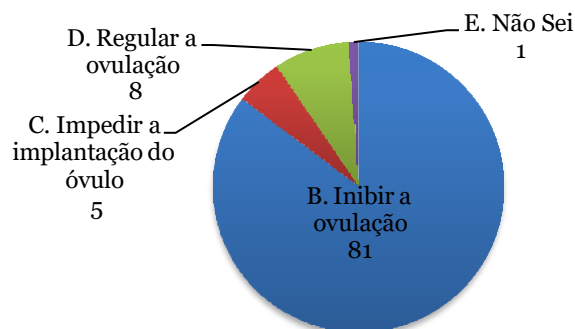


Figura 22 – Distribuição das respostas em relação à função principal do CO

#### 4.3.4 Ocorrência de hemorragias inesperadas

A ocorrência de hemorragias inesperadas (*spotting*) pode ser um dos efeitos indesejáveis dos COC sendo que normalmente surge nos primeiros meses de toma e regride espontaneamente. É necessário verificar se existe regularidade da toma do contraceptivo, a medicação associada, existência de infecção e patologia orgânica. Se perdurar após 3 ciclos é aconselhável mudar para um composto com uma dose mais elevada de EE, um esquema diferente ou uma via de administração diferente (Pacheco et al., 2020). Algumas alunas (43,2%) responderam que não seria natural a ocorrência de hemorragias inesperadas, isto pode muitas vezes levar a uma descontinuação do CO (figura 23). Estes resultados demonstram uma vez mais a importância da transmissão de informação aquando a prescrição.

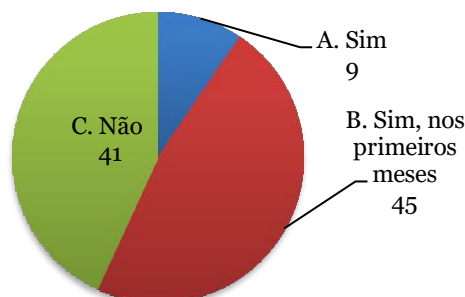


Figura 23 – Distribuição das respostas em relação a hemorragias inesperadas

#### 4.3.5 Procedimento em caso de vômitos e/ou diarreia

Das 95 alunas a grande maioria (84,2%) respondeu que a ocorrência de vômitos e diarreia diminuía a eficácia contraceptiva (figura 24). Sabe-se que aquando da ocorrência de vômitos e/ou diarreia, a absorção do CO pode não ser completa e devem ser usadas medidas contraceptivas adicionais. Ao ocorrerem 3 a 4 horas após a toma do CO, deve-se tomar outro comprimido o mais rápido possível (caso seja viável esta toma deve ser realizada no espaço de 12 horas após o horário habitual). Se existir um mal-estar intenso e não seja possível a toma de outro comprimido, ou seja, ultrapassar as 12 horas da toma habitual, esta situação é equivalente a um comprimido esquecido (Associação para o planeamento da família, 2022;

Bayer Portugal, Lda. Minigeste: Resumo Das Características Do Medicamento, 2019; Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021). Ao serem questionadas sobre a ocorrência de vômitos 3 a 4 horas após a toma habitual, 32,6% referiram que existia apenas uma diminuição da eficácia do CO e 66,3% afirmou que era igual ao esquecimento de um comprimido (figura 25).

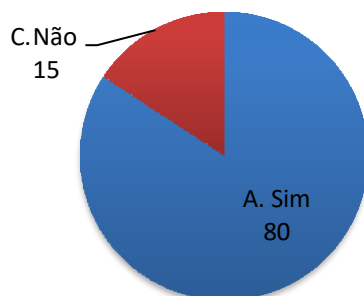


Figura 24 – Distribuição das respostas em relação à eficácia contraceptiva aquando da ocorrência de vômitos ou diarreia

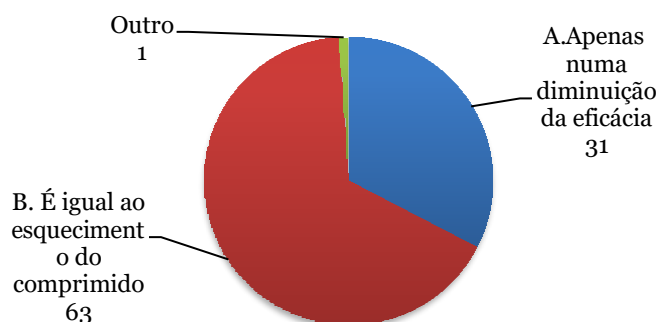


Figura 25 – Distribuição das respostas em relação à ocorrência de vômitos

#### 4.3.6 Interações medicamentosas

Às alunas que participaram no inquérito foi também questionado sobre as classes de medicamentos que podem interferir na ação dos CO (tabela 20). Das classes de medicamentos referidas, os antibióticos, antivirais, anticonvulsivantes e laxantes podem de facto interferir. Das 95 alunas 8,4% identificaram simultaneamente estas 4 classes de medicamentos. A classe mais referida foi, como esperado, a classe dos antibióticos sendo selecionada por 74 alunas, em seguida a dos laxantes (67 alunas), anticonvulsivantes (41 alunas), antivirais (24 alunas) e por último a dos analgésicos (10 alunas).

Tabela 20 – Distribuição das respostas relacionadas com interações medicamentosas

	Frequência	Porcentagem
A. Antibióticos, E. Laxantes	26	27,4
A. Antibióticos	10	10,5
A. Antibióticos, C. Anticonvulsivantes, E. Laxantes	10	10,5
A. Antibióticos, B. Antivirais, C. Anticonvulsivantes, E. Laxantes	8	8,4
E. Laxantes	8	8,4
C. Anticonvulsivantes	6	6,3
A. Antibióticos, B. Antivirais, C. Anticonvulsivantes	5	5,3
C. Anticonvulsivantes, E. Laxantes	4	4,2
A. Antibióticos, B. Antivirais, C. Anticonvulsivantes, D. Analgésicos, E. Laxantes	3	3,2
A. Antibióticos, B. Antivirais, E. Laxantes	3	3,2
A. Antibióticos, C. Anticonvulsivantes	2	2,1
A. Antibióticos, C. Anticonvulsivantes, D. Analgésicos, E. Laxantes	2	2,1
A. Antibióticos, D. Analgésicos	2	2,1
B. Antivirais, E. Laxantes	2	2,1
A. Antibióticos, B. Antivirais, C. Anticonvulsivantes, D. Analgésicos	1	1,1
A. Antibióticos, B. Antivirais, D. Analgésicos	1	1,1
A. Antibióticos, D. Analgésicos, E. Laxantes	1	1,1
B. Antivirais	1	1,1
Total	95	100,0

#### 4.3.7 Tabagismo

A utilização de CHC associado ao tabaco aumenta o risco de doenças cardiovasculares em especial o enfarte do miocárdio sendo que o risco está diretamente relacionado com o nº de cigarros/dia. Mulheres com idade superior a 35 anos na presença de fatores de risco como tabagismo (mais de 15 cigarros dia) devem ser orientadas para a utilização de métodos livres de estrogénios (EE e estradiol). Fumadoras de mais de 15 cigarros por dia e com  $\geq 35$  anos encontram-se na categoria 4 da contraceção hormonal combinada ao passo que o uso de um PO encontra-se na categoria 1 (Pacheco et al., 2020). Ainda que os COC sejam contraindicados em mulheres com mais de 35 anos tabagistas, devido ao maior risco de complicações cardiovasculares, o uso destes continua a ser prevalente. Os dados da pesquisa Behavioral Risk Factor Surveillance Systems de 2002–2004 indicam que aproximadamente uma em cada três mulheres na pré-menopausa que são tabagistas utilizam alguma forma de contraceção

hormonal, sendo que 27% utilizam COC. Neste artigo de revisão, 3 estudos mostraram que a utilização de CO se encontra associada a um metabolismo mais rápido da nicotina (Mcclave et al., 2010). Esta informação em conjunto com outros dados que reportam um metabolismo mais rápido durante a gravidez sugerem o papel do aumento dos níveis de estrogénio no metabolismo mais rápido da nicotina. Este metabolismo acelerado possui importante relevância uma vez que se encontra relacionado ao tabagismo mais intenso, maiores efeitos recompensadores da nicotina, maiores sintomas de abstinência (Allen et al., 2019).

Mais de metade das alunas (68,4%) respondeu afirmativamente à questão sobre o tabagismo em simultâneo com a contraceção. Algumas alunas (22,1%) referiram não ter conhecimento acerca da questão e 9,5% das alunas responderam que não era possível uma mulher fumar e realizar CO (figura 26). Das 65 alunas que responderam positivamente ao facto de uma tabagista realizar contraceção em simultâneo, a maioria (50,8%) respondeu que todas as mulheres poderiam ser tabagistas e realizar CO, 35,4% das alunas responderam que apenas mulheres com idade inferior 35 anos o poderiam fazer. Apenas 1,5% respondeu mulheres com idade igual ou superior a 35 anos e 12,3% em situações especiais (figura 27). Como supracitado, a contraceção com PO é de categoria 1 para tabagistas (mais de 15 cigarros dia) com  $\geq 35$  anos pelo que pode ser utilizada por estas mulheres, já a COC é de categoria 4 pelo que o seu uso representa um risco inaceitável para a saúde. A falta de conhecimento sobre a questão e a realização de COC em mulheres tabagistas e com mais de 35 anos revela mais uma vez a importância da transmissão de informação aquando da prescrição destes medicamentos e também aquando a sua aquisição quer em centros de saúde como em farmácias.

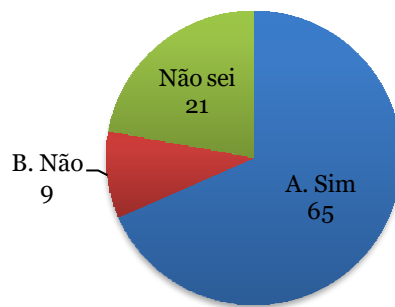


Figura 26 – Distribuição das respostas em relação a mulheres tabagistas utilizarem CO em simultâneo

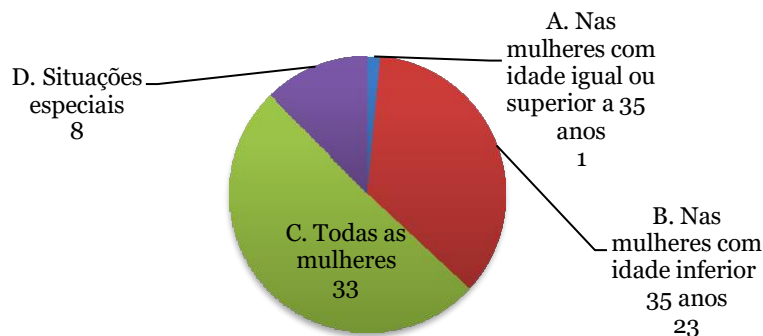


Figura 27 – Distribuição das respostas em relação às situações que permitem o uso de CO numa tabagista

#### 4.3.8 Peso

Uma das preocupações aquando do início de contraceção oral é a possibilidade de aumento de peso por parte das utilizadoras, o que pode levar não só a um atraso no início dos mesmos como também a uma descontinuação precoce. A existência de um aconselhamento adequado sobre o ganho de peso pode ajudar a reduzir a descontinuação precoce. Neste sentido foi questionado às alunas qual era a sua opinião sobre a afirmação "O CO provoca a todas as mulheres aumento de peso". A maioria das alunas (93,7%) responderam que não e apenas 6,3% responderam que sim (figura 28). Os CHC podem ser passíveis de provocar pequenas variações de peso ( $\pm 1$  a 2 kg) no início da utilização. Numa revisão do Cochrane não se encontraram alterações major do peso corporal em relação à utilização de CHC. Existe pouca evidência acerca do aumento de peso aquando o uso de um progestativo isolado (Pacheco et al., 2020). Com as preparações tradicionais de CO, as mulheres experimentaram ganho de peso devido, essencialmente, à retenção de líquidos. Os CO mais recentes envolvem doses de hormonas mais baixas pelo que aparentam possuir menos ou até mesmo nenhuma influência na retenção de líquidos e consequentemente no peso corporal (Hee et al., 2013).

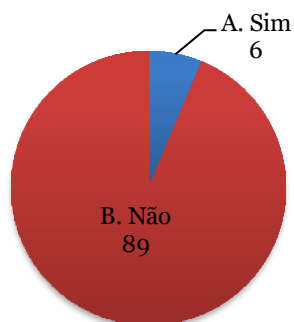


Figura 28 – Distribuição das respostas em relação à opinião sobre o aumento de peso provocado pelo CO em todas as mulheres

#### 4.3.9 Descanso do CO

A inexistência da menstruação pela administração contínua ou prolongada (mais de 28 dias) de CHC recebeu validade através do seu uso no tratamento da endometriose, dismenorria e outros sintomas associados à menstruação. Os resultados em relação à eficácia contracetiva (isto é, taxas de gravidez) e perfis de segurança foram semelhantes tanto no regime de 28 dias como nos prolongados ou nos contínuos. Em alguns estudos foi descrito que o grupo dos contracetivos com regime prolongado ou regime contínuo possuiu um melhor desempenho no que toca a dores de cabeça, irritação genital, cansaço, inchaço e dor menstrual. O ciclo tradicional de 28 dias (21 comprimidos ativos e 7 interrupção ou placebo) serve para imitar os ciclos menstruais que ocorrem naturalmente isto é aquando o seu desenvolvimento, este regime foi baseado em pressões culturais e sociais e não em considerações biológicas (Edelman et al., 2014). Deste modo foi questionado às alunas qual seria a sua opinião sobre a necessidade de um descanso do

CO ao organismo, sendo que 51,6% das alunas responderam que não ao passo que 48,4% responderam que sim (figura 29). Como já foi referido anteriormente a utilização contínua do CO pode trazer diversos benefícios para a mulher, por exemplo contribuir no tratamento de anemia, em diversas patologias como endometriose entre outras, como não existem pausas na toma do contraceptivo torna-se mais difícil ocorrerem esquecimentos, e como não existem grandes modificações hormonais não existem os sintomas pré-menstruais.

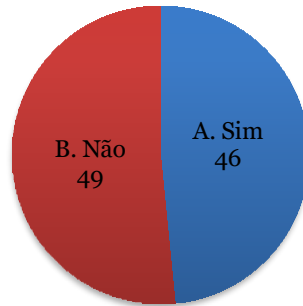


Figura 29 – Distribuição das respostas em relação à opinião sobre a necessidade de proporcionar um descanso do CO ao organismo

#### 4.3.10 Ingestão regular de álcool

No que diz respeito ao consumo de álcool foi questionado às alunas se a ingestão regular de álcool ia influenciar a eficácia do CO (figura30). A esta questão, 69,5% responderam afirmativamente e 30,5% que não influenciava a eficácia. Como referido, o álcool pode atuar como indutor das enzimas hepáticas. Uma redução das hormonas circulantes no sangue, devido ao aumento da metabolização, pode levar à redução da eficácia do CO (Denise Aparecida Gonçalves de Oliveira et al., 2009). A ingestão aguda de álcool pode conduzir a vómitos que caso ocorram 3 a 4 horas após a ingestão do CO torna-se numa situação igual ao esquecimento de um comprimido.

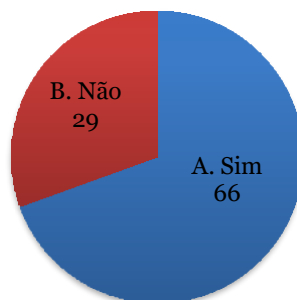


Figura 30 – Distribuição das respostas em relação à opinião acerca da ingestão regular de álcool influenciar ou não a eficácia do CO

#### 4.3.11 Desejo sexual

É importante ter em conta que os contraceptivos hormonais podem possuir efeitos colaterais que influenciam a função sexual feminina. Efeitos como: secura vaginal, diminuição da lubrificação, sintomas do pavimento pélvico como dispareunia, incontinência urinária, vestibulodinia e cistite intersticial (Casado-Espada et al., 2019). A OMS e o centro de controlo e prevenção de doenças instituíram orientações de boas práticas para a avaliação de mulheres antes da prescrição de COC. Todavia não foi recomendada triagem nem avaliação da função sexual das mulheres. Previamente à prescrição de CO, os médicos deveriam realizar um rastreio relativo a disfunção sexual feminina pré-existente e alertar para os possíveis efeitos colaterais sexuais dos contraceptivos. Mulheres que utilizam COC necessitam de consultas regulares durante as quais os médicos devem questionar sobre quaisquer efeitos colaterais sexuais, como por exemplo a diminuição do desejo sexual e a dispareunia (Lee et al., 2017). Ao passo que algumas mulheres não experienciam nenhum efeito colateral, outras experienciam imediatamente ou ao longo do tempo e com diferentes intensidades. Numa análise de 656 mulheres, 495 descreveram problemas associados à utilização do CO. Apesar de em 22% das situações os efeitos colaterais exatos não terem sido esclarecidos, muitas descreveram problemas menstruais, desequilíbrio hormonal, problemas emocionais como depressão, enxaqueca e/ou perda do desejo sexual como principais efeitos colaterais da contraceção oral (Balakrishnan et al., 2023). Existem ainda alguns relatos que CO com progestagénios com efeito antiandrogénico não afetam o desejo sexual. Estudos recentes descrevem um efeito positivo no que toca ao desejo sexual em relação à drospirenona e ao dienogeste, talvez pela capacidade de redução da atividade da 5-alfa redutase. A utilização de COC e os efeitos negativos na vida sexual bem como a diminuição dos níveis circulantes de androgénios podem ocorrer por dois mecanismos: o COC aumenta a *sex hormone-binding globulin* e diminui a testosterona livre; e a produção de androgénios do ovário é suprimida com um COC. A diminuição do desejo sexual experienciada por algumas mulheres pode ser uma barreira à sua utilização deixando assim a mulher mais vulnerável a uma gravidez indesejada (Casado-Espada et al., 2019). Das 95 alunas que responderam ao questionário 73,7% responderam afirmativamente ao facto de o CO afetar o desejo sexual ao passo que 9,5% responderam que não e 16,8% afirmaram que não tinham conhecimento sobre esta questão (figura 31).

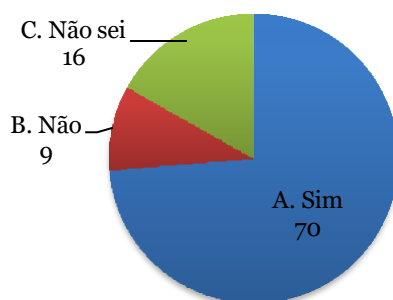


Figura 31 – Distribuição das respostas em relação à opinião em relação ao facto de o CO afetar o desejo sexual

No que se refere à possível diminuição de fertilidade após a toma de CO, 37,9% das alunas responderam que a utilização de CO podem levar a uma dificuldade em engravidar no futuro e 62,1% responderam que não (figura 32). Os efeitos da utilização de contraceptivos na retomada da fertilidade após a descontinuação dos mesmos podem gerar medo por parte das utilizadoras levando a um impacto negativo na sua utilização e continuação. A preocupação com a fertilidade que foi descrita com altas doses de CO inicialmente não é um problema uma vez que o contraceptivo atual é composto por uma dose baixa comparativamente às antigas. Existem evidências que descrevem que mulheres que utilizam CO durante um período de duração mais longo podem ter uma taxa de gravidez levemente menor do que aquelas que utilizaram CO por períodos mais curtos, sendo que pode apenas ser o efeito da idade uma vez que com o avanço desta ocorre uma diminuição da fertilidade. Na análise de vinte e dois estudos que incluíram 14884 mulheres que interromperam a contraceção, a taxa de gravidez foi de 83,1% nos primeiros 12 meses de descontinuação. O tipo de progesterona e a duração da utilização do CO não influenciaram significativamente o retorno da fertilidade (Girum & Wasie, 2018). Os diferentes métodos contraceptivos não têm um efeito deletério sobre a fertilidade posterior à toma do mesmo. Pode constatar-se um leve aumento do intervalo necessário para conceber quando existe uma utilização prolongada de CH, no entanto a maioria das mulheres acaba por retomar ciclos ovulatórios nos meses seguintes ao término do contraceptivo. Pelo que o aconselhamento adequado é essencial para garantir que as mulheres usem os contraceptivos que sejam do seu interesse (Pacheco et al., 2020; Girum & Wasie, 2018).

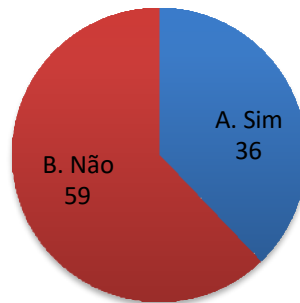


Figura 32 – Distribuição das respostas em relação à opinião sobre a utilização do CO e a possível existência de alguma dificuldade em engravidar no futuro

#### 4.3.12 Contraceção de Emergência

Os métodos de contraceção de emergência são utilizados após uma relação sexual não protegida ou não adequadamente protegida de forma a prevenir uma gravidez. Deve ser o mais precocemente possível, se for usada num intervalo de 5 dias depois da relação sexual previne até 95% das gestações. Em Portugal existem 3 métodos disponíveis o dispositivo intrauterino de cobre, o CO com AUP, o CO com levonorgestrel. Segundo a legislação nacional a contraceção de emergência encontra-se disponível gratuitamente no Sistema Nacional de Saúde (SNS) (DIU e levonorgestrel), em estabelecimentos autorizados à venda livre de medicamentos (levonorgestrel), e em farmácias (AUP e levonorgestrel). É sempre importante referir que a

contraceção de emergência oral não é abortiva e não possui efeitos teratogénicos caso ocorra uma gravidez. Esta previne a gravidez através da inibição ou bloqueio temporário da ovulação. O levonorgestrel atua impedindo o pico pré-ovulatório de LH devendo ser tomado até 72 horas após a relação sexual. O AUP também atua impedindo o pico pré-ovulatório de LH e impedindo a rotura folicular e deve ser tomado até 120 horas após a relação sexual. Uma meta-análise de 2 estudos revelou que a taxa de gravidez foi de 1,2% para as mulheres que usaram AUP e de 1,2% a 2,1% com o uso de levonorgestrel. Após a utilização de levonorgestrel a mulher pode iniciar CO no mesmo dia da toma, usando as precauções comuns para a sua iniciação (no COC uso de proteção adicional nos primeiros 7 dias, exceto Qlaira® e no caso de PO 2 dias de proteção adicional). Caso ocorra a utilização de AUP a mulher deve aguardar 5 dias até iniciar um método de contraceção hormonal (Pacheco et al., 2020). Tendo isto em consideração foi questionado às alunas se seria possível tomar contraceção de emergência oral caso ocorresse um esquecimento da sua contraceção oral. Das 95 alunas, 47,4% responderam afirmativamente ao passo que 26,3% responderam que não seria possível realizar contraceção de emergência oral aquando de um esquecimento do CO. Existiram ainda algumas alunas (26,3%) que referiram não possuir conhecimento acerca desta questão (figura 33).

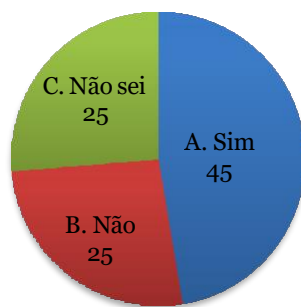


Figura 33 – Distribuição das respostas em relação à toma da pilula contraceptiva de emergência aquando da ocorrência de um esquecimento da contraceção oral

#### 4.3.13 Respostas corretas

Os cursos da UBI foram organizados de acordo com o polo a que pertenciam para que se pudesse realizar uma análise referente às respostas corretas e incorretas e a sua relação com os diferentes cursos/polos. No polo I podemos encontrar a faculdade de ciências, faculdade de engenharia e a faculdade de artes e letras. No polo III encontra-se a faculdade de ciências da saúde e no polo IV a faculdade de ciências sociais e humanas. A tabela 19 mostra-nos as respostas em relação ao conhecimento sobre métodos contraceptivos orais, sendo que a maioria das alunas respondeu corretamente nas questões 13,15, 16, 18, 19, 20, 23,24,25 e 27. Tanto a questão 12 como a questão 22 apenas alunas do polo III responderam de forma correta (1,1% e 8,4% respetivamente). O polo com mais respostas corretas é o polo III sendo que é o que possui maior percentagem de inquiridas. Relativamente às questões que foram respondidas maioritariamente de forma incorreta podemos observar a questão 12 relativa à existência ou não de riscos cardiovasculares/tromboembólicos dos métodos contraceptivos apresentados (98,9%),

a questão 14 sobre a influência do esquecimento na eficácia do contraceptivo (86,3%), a questão 15.1 relacionada com o uso de preservativo aquando a utilização de CO (74,7%), a questão 17 relacionada com a ocorrência de hemorragias inesperadas (52,6%), a questão 22 sobre as classes de medicamentos que podem interferir com a ação dos CO (91,6%) e a questão 26 relacionada com a possibilidade de tomar o contraceptivo de emergência caso ocorra um esquecimento do CO (52,6%). Mais uma vez é possível observar a necessidade de um bom aconselhamento de forma a prevenir estas desinformações e permitir o uso seguro e com eficácia dos CO.

Tabela 21 – Caracterização dos conhecimentos acerca dos métodos contraceptivos orais da amostra

Escala de Conhecimentos Contraceptivos		Polo I		Polo III		Polo IV		Total		x <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Questão 12	Correta	0	0%	1	1,1%	0	0%	1	1,1%	0,949	0,622
	Incorreta	32	33,7%	48	50,5%	14	14,7%	94	98,9%		
Questão 13	Correta	25	26,3%	35	36,8%	6	6,3%	66	69,5%	5,894	0,052
	Incorreta	7	7,4%	14	14,7%	8	8,4%	29	30,5%		
Questão 14	Correta	5	5,3%	7	7,4%	1	1,1%	13	13,7%	0,624	0,732
	Incorreta	27	28,4%	42	44,2%	13	13,7%	82	86,3%		
Questão 15	Correta	28	29,5%	42	44,2%	13	13,7%	83	87,4%	0,504	0,777
	Incorreta	4	4,2%	7	7,4%	1	1,1%	12	12,6%		
Questão 15.1*	Correta	2	2,1%	10	10,5%	0	0%	12	12,6%	6,379	0,041
	Incorreta	26	27,4%	32	33,7%	13	13,7%	71	74,7%		
Questão 16	Correta	26	27,4%	45	47,4%	10	10,5%	81	85,3%	4,228	0,121
	Incorreta	6	6,3%	4	4,2%	4	4,2%	14	14,7%		
Questão 17	Correta	8	8,4%	26	27,4%	11	11,6%	45	47,4%	12,527	0,002
	Incorreta	24	25,3%	23	24,2%	3	3,2%	50	52,6%		
Questão 18	Correta	27	28,4%	44	46,3%	9	9,5%	80	84,2%	5,330	0,070
	Incorreta	5	5,3%	5	5,3%	5	5,3%	15	15,8%		
Questão 19	Correta	23	24,2%	30	31,6%	10	10,5%	63	66,3%	1,175	0,556
	Incorreta	9	9,5%	19	20%	4	4,2%	32	33,7%		
Questão 20	Correta	29	30,5%	47	49,5%	13	13,7%	89	93,7%	0,936	0,626
	Incorreta	3	3,2%	2	2,1%	1	1,1%	6	6,3%		
Questão 21	Correta	14	14,7%	29	30,5%	6	6,3%	49	51,6%	2,346	0,309

	Incorreta	18	18,9%	20	21,1%	8	8,4%	46	48,4%		
Questão 22	Correta	0	0%	8	8,4%	0	0%	8	8,4%	8,201	0,017
	Incorreta	32	33,7%	41	43,2%	14	14,7%	87	91,6%		
Questão 23	Correta	19	20%	37	38,9%	9	9,5%	65	68,4%	2,462	0,292
	Incorreta	13	13,7%	12	12,6%	5	5,3%	30	31,6%		
Questão 23.1*	Correta	2	2,1%	19	20%	2	2,1%	23	24,2%	9,943	0,007
	Incorreta	17	17,9%	18	18,9%	7	7,4%	42	44,2%		
Questão 24	Correta	23	24,2%	31	32,6%	12	12,6%	66	69,5%	2,719	0,257
	Incorreta	9	9,5%	18	18,9%	2	2,1%	29	30,5%		
Questão 25	Correta	22	23,2%	39	41,1%	9	9,5%	70	73,7%	1,921	0,383
	Incorreta	10	10,5%	10	10,5%	5	5,3%	25	26,3%		
Questão 26	Correta	17	17,9%	24	25,3%	4	4,2%	45	47,4%	2,460	0,292
	Incorreta	15	15,8%	25	26,3%	10	10,5%	50	52,6%		
Questão 27	Correta	16	16,8%	37	38,9%	6	6,3%	59	62,1%	7,938	0,019
	Incorreta	16	16,8%	12	12,6%	8	8,4%	36	37,9%		
Total											
*caso tenham respondido que sim na questão anterior											

## 5 Conclusão

Os CO são dos métodos contraceptivos mais utilizados pelas mulheres em todo o mundo. Após a sua comercialização até aos dias de hoje os CO têm sofrido algumas modificações de forma a manter a sua eficácia contraceptiva, mas aumentando a sua segurança. Uma vez que inicialmente estes eram associados a efeitos adversos indesejáveis como por exemplo o tromboembolismo. Os COC têm como principal função a inibição da ovulação, no entanto o estrogénio auxilia na estabilização do endométrio permitindo reduzir o *spotting*. Os progestagénios atuam essencialmente através do espessamento do muco cervical. Há CO constituídos por uma associação de estrogénios sintéticos e progestativos ou apenas por progestativos. Existem diferentes formulações de CO como os monofásicos, em que existe uma dose fixa de estrogénios e progestagénios durante o ciclo, e os multifásicos onde há variação da dose de uma ou ambas as hormonas esteróides. Tal como todos os outros medicamentos, os CO possuem algumas contra-indicações e desvantagens. Ao existir um ligeiro efeito em relação aos fatores de coagulação, tensão arterial e perfil lipídico com a utilização dos CO existe a necessidade de avaliar se os benefícios são superiores aos riscos. Algumas das desvantagens passam pelo facto de os CO serem mais suscetíveis a interações medicamentosas dado que é possível a ocorrência

de interferência com a sua absorção gastrointestinal. Existem estudos que descrevem que mulheres que relatam acreditar possuir um maior conhecimento sobre os CO ou efetivamente demonstrar um maior conhecimento evidenciam uma maior adesão aos mesmos. Um maior conhecimento em relação ao seu funcionamento, aos seus benefícios e efeitos colaterais leva também a hipóteses maiores de continuação.

Neste sentido o presente estudo procurou entender o conhecimento na utilização de CO nas estudantes da UBI, utilizando sempre a literatura mais atual possível. É necessária uma intervenção contínua na área da prevenção com projetos que intervenham na educação sexual, onde o farmacêutico deve ter um papel importante ao promover comportamentos preventivos e disseminar informação. Este estudo possibilitou uma oportunidade de aprendizagem mais detalhada acerca do conhecimento relativo à saúde sexual das estudantes do ensino superior. É importante referir que as componentes físicas, psicológicas, culturais são bastante importantes no que toca ao desenvolvimento de um estilo de vida sexual saudável ao estimular atitudes corretas de utilização de métodos contraceptivos, como os CO. Posteriormente à análise dos resultados do inquérito realizado às alunas da UBI, é legítimo concluir que os CO são o método contraceptivo mais utilizado, 95 alunas das 141 que se voluntariaram para responder. O uso do preservativo é o segundo método mais utilizado, 57 alunas. Existe um leque diferenciado de contraceptivos orais, utilizados por diferentes motivos como a prevenção da gravidez, dismenorreia, acne entre outras patologias. Na sua grande maioria são contraceptivos mais recentes, isto é, compostos por progestativos de 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> geração e doses mais baixas de EE. Em relação à *compliance* de utilização, a maioria das alunas indicou que quase nunca (1 a 2 vezes no ano) se esquecia de tomar o CO. A generalidade das alunas associou os CO a riscos cardiovasculares/tromboembólicos, no entanto relativamente aos restantes métodos contraceptivos hormonais as respostas não foram tão congruentes. Em relação à ocorrência de vômitos e diarreia 3 a 4 horas após a toma do CO apenas uma pequena porção de alunas referiu não existir interferência na eficácia do mesmo. Relativamente às interações medicamentosas, a classe de medicamentos mais referida foi a classe dos antibióticos no entanto é notável a necessidade de ser transmitida mais informação relativamente às restantes classes de medicamentos.

Adicionalmente, existem alguns mitos gerados em relação aos CO e o tabagismo, o aumento de peso, a necessidade de proporcionar ao organismo um descanso do mesmo, e dificuldade em engravidar. Tentou-se perceber qual era o conhecimento das alunas em relação a estas afirmações. Sobre o tabagismo e o uso simultâneo de CO, grande parte respondeu que seria possível a realização de ambos no entanto aquando a questão sobre em que situação seria exequível não existiu tanto consenso. Dado à existência de uma maior facilidade ao acesso da informação a perceção sobre os CO causarem sempre um aumento de peso foi mudando sendo que quase a totalidade das alunas respondeu que não causava sempre um aumento. No que toca ao descanso do CO ao organismo as respostas foram divididas, isto é, quase metade das alunas responderam que não e as restantes afirmativamente. A ideia de que os CO podem levar a uma dificuldade em engravidar no futuro foi considerada como errónea por mais de metade das

alunas. No que concerne a hemorragias inesperadas muitas das alunas referiram ser natural durante os 3 primeiros ciclos uma vez que pode ser um dos efeitos indesejáveis dos CO. É do conhecimento da maioria das alunas que os CO podem influenciar a função sexual feminina através da diminuição do desejo sexual, diminuição da lubrificação entre outros. Como todos os outros métodos contraceptivos estes não são 100% eficazes na prevenção da gravidez pelo que é importante as mulheres saberem o que pode afetar a sua eficácia e o que executar quando isto acontece como por exemplo, a toma de contraceptivos de emergência. É necessário ter conta que o tamanho da amostra é reduzido e pouco significativo e atendendo ao universo de estudantes, não é possível generalizar os resultados. Como supracitado é necessário a existência de divulgação de informação sobre este tema visto que apesar de uma maior facilidade ao acesso de informação existe ainda alguma falta de conhecimento sobre certos aspetos. O farmacêutico pode ter aqui um papel fulcral pelo facto de se encontrar mais próximo da população, visto que muitas das vezes aquando da prescrição do CO não é fornecida toda a informação necessária nem são realizadas todas as questões sobre o medicamento. Seria também interessante a realização de estudos acerca de como se realiza a seleção dos CO, em virtude de algumas alunas terem referido que realizaram diversas trocas dos mesmos essencialmente por conta dos efeitos adversos.

## 6 Referências bibliográficas

- BGP Products, Unipessoal Lda. Unicontin: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 04-07-2018, pelo INFARMED) BGP Products Unipessoal Lda.; 2018.
- Organon Portugal, Sociedade Unipessoal, Lda. Celestone: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 07-10-2022, pelo INFARMED) Organon Portugal, Sociedade Unipessoal Lda.; 2022.
- Laboratórios Pfizer, Lda. Medrol: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 08-09-2017, pelo INFARMED) Laboratórios Pfizer Lda.; 2017.
- Bayer Portugal, Lda. Diane 35: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 08-12-2021, pelo INFARMED) Lisboa: Bayer Portugal Lda.; 2021.
- Fresenius Kabi Pharma Portugal, Lda. Dexametasona Kabi: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 09-05-2022, pelo INFARMED) Fresenius Kabi Pharma Portugal Lda.; 2022.
- Labesfal - Laboratórios Almiro, S.A. Prednisolona Labesfal: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 09-09-2022, pelo INFARMED) Labesfal - Laboratórios Almiro S.A.; 2022.
- Gedeon Richter, Plc. Azalia: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 10-09-2021, pelo INFARMED) Gedeon Richter Plc.; 2021.
- Aristo Pharma GmbH Voriconazol Aristo: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 13-05-2022 pelo INFARMED) Aristo Pharma GmbH; 2022.
- Bayer Portugal, Lda. Minigeste: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 14-03-2019, pelo INFARMED) Bayer Portugal Lda.; 2019.
- Upjohn EESV Zarator: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 17-01-2022 pelo INFARMED) Upjohn EESV; 2022.
- LifeWell Pharmaceutical & Healthcare, Lda. Minipop: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 19-01-2022, pelo INFARMED) LifeWell Pharmaceutical & Healthcare Lda.; 2022).
- Laboratórios Pfizer, Lda. Diflucan: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 19-11-2022, pelo INFARMED) Laboratórios Pfizer Lda.; 2022.
- Exeltis Healthcare, S.L. Slinda: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 23-10-2021, pelo INFARMED) Exeltis Healthcare S.L.; 2021.
- Organon Portugal, Sociedade Unipessoal, Lda. Cerazette: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 26-04-2021, pelo INFARMED) Organon Portugal, Sociedade Unipessoal Lda.; 2021.
- Bayer Portugal, Lda. Microgeste: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 27-09-2022, pelo INFARMED) Bayer Portugal Lda.; 2022.
- Teva Pharma - Produtos Farmacêuticos, Lda. Tizanidina Teva: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 28-05-2022, pelo INFARMED) Teva Pharma - Produtos Farmacêuticos Lda.; 2022.
- Generis Farmacêutica, S.A. Clozapina Aurovitas: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 30-06-2022, pelo INFARMED) Generis Farmacêutica S.A.; 2022.

- Organon Portugal, Sociedade Unipessoal, Lda. *Implanon NXT: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 7-08-2021, pelo INFARMED) Organon Portugal, Sociedade Unipessoal Lda.; 2021.
- Allen, A. M., Weinberger, A. H., Wetherill, R. R., Howe, C. L., & McKee, S. A. (2019). Oral contraceptives and cigarette smoking: A review of the literature and future directions. *Nicotine and Tobacco Research*, 21(5), 592–601. <https://doi.org/10.1093/ntr/ntx258>
- ANF. (2015). *Museu da Farmácia*. <https://www.museudafarmacia.pt/detalhe.aspx?lang=pt&area=storymap&f=94&bid=68>
- APF. (2018). *História | Associação para o Planeamento da Família*. <http://www.apf.pt/quem-somos/historia>
- APF. (2022). *Anatomia sexual e sistema reprodutor | Associação para o Planeamento da Família*. <http://www.apf.pt/sexualidade/anatomia-sexual-e-sistema-reprodutor>
- Associação para o planeamento da família. (2022). *Pílula - Contraceção hormonal oral | Associação para o Planeamento da Família*. <http://www.apf.pt/metodos-contracetivos/pilula-contracecao-hormonal-oral>
- Balakrishnan, P., Kroiss, C., Keskes, T., & Friedrich, B. (2023). Perception and use of reversible contraceptive methods in Germany: A social listening analysis. *Women's Health (London, England)*, 19. <https://doi.org/10.1177/17455057221147390>
- Basciani, S., & Porcaro, G. (2022). Counteracting side effects of combined oral contraceptives through the administration of specific micronutrients. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 26(13), 4846–4862. [https://doi.org/10.26355/eurrev\\_202207\\_29210](https://doi.org/10.26355/eurrev_202207_29210)
- Bernardes, A. (2009). Anatomia cirúrgica do aparelho genital feminino. In *Manual de Ginecologia - Volume I* (pp. 3–28).
- Bourbon, M., Miranda, N., Moura Vicente, A., & Rato, Q. (2016). *Doenças Cardiovasculares*. 1–24. <http://repositorio.insa.pt/handle/10400.18/3447>
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>
- Casado-Espada, N. M., de Alarcón, R., de la Iglesia-Larrad, J. I., Bote-Bonaecha, B., & Montejo, Á. L. (2019). Hormonal contraceptives, female sexual dysfunction, and managing strategies: A review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(6). <https://doi.org/10.3390/jcm8060908>
- Cheung, L. W. T., & Wong, A. S. T. (2008). Gonadotropin-releasing hormone: GnRH receptor signaling in extrapituitary tissues. *FEBS Journal*, 275(22), 5479–5495. <https://doi.org/10.1111/J.1742-4658.2008.06677.X>
- Cho, M. K. (2018). Use of Combined Oral Contraceptives in Perimenopausal Women. *Chonnam Medical Journal*, 54(3), 153. <https://doi.org/10.4068/CMJ.2018.54.3.153>
- Chow, B. K. C. (2008). Gonadotropin-releasing hormone. *FEBS Journal*, 275(22), 5457. <https://doi.org/10.1111/J.1742-4658.2008.06675.X>
- CUF. (2022). *Síndrome do ovário poliquístico: o que é, sintomas e tratamento*. <https://www.cuf.pt/saude-a-z/sindrome-do-ovario-poliquistico>
- de Wit, A. E., de Vries, Y. A., de Boer, M. K., Scheper, C., Fokkema, A., Janssen, C. A. H., Giltay, E. J., & Schoevers, R. A. (2021). Efficacy of combined oral contraceptives for depressive

symptoms and overall symptomatology in premenstrual syndrome: pairwise and network meta-analysis of randomized trials. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 225(6), 624–633. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2021.06.090>

- Denise Aparecida Gonçalves de Oliveira, Veronica Cristina Gomes Soares, & Mario Benassi Jr. (2009). O consumo de bebidas alcoólicas entre estudantes universitárias e o conhecimento dos riscos entre seu uso combinado com contraceptivos orais. *Rev Inst Ciênc Saúde*, 27(4), 366–373.
- Dragoman, M. V. (2014). The combined oral contraceptive pill- recent developments, risks and benefits. *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 28(6), 825–834. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2014.06.003>
- Dragoman, M. V., Tepper, N. K., Fu, R., Curtis, K. M., Chou, R., & Gaffield, M. E. (2018). A systematic review and meta-analysis of venous thrombosis risk among users of combined oral contraception. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 141(3), 287–294. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12455>
- Edelman, A., Micks, E., Gallo, M. F., Jensen, J. T., & Grimes, D. A. (2014). Continuous or extended cycle vs. cyclic use of combined hormonal contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004695.pub3>
- Acetato de cloromadinona e acetato de nomegestrol: Medidas para minimizar o risco de meningioma*, 1 (2022) (testimony of Plc.; Gedeon Richter, ITF; Farmahealth, Produtos Farmacêuticos; Lda., Theramex Ireland Limited; Agência Europeia de Medicamentos (EMA); & I.P. INFARMED). <http://www.infarmed.pt/web/infarmed/submissaooram>
- Gerlinger, C., Endrikat, J., Van Der Meulen, E. A., Dieben, T. O. M., & Düsterberg, B. (2003). Recommendation for confidence interval and sample size calculation for the Pearl Index. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 8(2), 87–92. <https://doi.org/10.1080/ejc.8.2.87.92>
- Girum, T., & Wasie, A. (2018). Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis. *Contraception and Reproductive Medicine*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40834-018-0064-y>
- Goldzieher, J. W. (1993). The history of steroidal contraceptive development: The estrogens. *Perspectives in Biology and Medicine*, 36(3), 363–368. <https://doi.org/10.1353/pbm.1993.0066>
- Grzegorzewski, J., Bartsch, F., Köller, A., & König, M. (2022). Pharmacokinetics of Caffeine: A Systematic Analysis of Reported Data for Application in Metabolic Phenotyping and Liver Function Testing. *Frontiers in Pharmacology*, 12, 1–20. <https://doi.org/10.3389/fphar.2021.752826>
- Hadji, P., Colli, E., & Regidor, P. A. (2019). Bone health in estrogen-free contraception. *Osteoporosis International*, 30(12), 2391. <https://doi.org/10.1007/S00198-019-05103-6>
- Hall, K. S., Castaño, P. M., Stone, P. W., & Westhoff, C. (2010). Measuring oral contraceptive knowledge: A review of research findings and limitations. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 388–394. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.10.016>
- Hall, K. S., Castaño, P. M., & Westhoff, C. L. (2014a). The influence of oral contraceptive knowledge on oral contraceptive continuation among young women. *Journal of Women's Health*, 23(7), 596–601. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4574>
- Hall, K. S., Castaño, P. M., & Westhoff, C. L. (2014b). The influence of oral contraceptive knowledge on oral contraceptive continuation among young women. *Journal of Women's Health*, 23(7), 596–601. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4574>

- Haseitel, M. A., & Hardaman, C. G. (2021). Anticoncepción en mujeres epilépticas [Contraception in epileptic women]. *Medicina*, *81*(1), 62–68.
- Hee, L., Kettner, L. O., & Vejtorp, M. (2013). Continuous use of oral contraceptives: An overview of effects and side-effects. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *92*(2), 125–136. <https://doi.org/10.1111/aogs.12036>
- Hochberg, I., Orshalimy, S., & Yom-Tov, E. (2020). Real-world evidence on the effect of missing an oral contraceptive dose: Analysis of internet search engine queries. *Journal of Medical Internet Research*, *22*(9). <https://doi.org/10.2196/20632>
- Holesh, J. E., & Lord, M. (2023). Physiology, Ovulation. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28723025>
- Inquérito Nacional de Saúde 2014, SNS 84 (2016). [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2)
- Inmais, W. H. W., Vessey, M. P., Westerholv, B., & Engelune, A. (1970). Thromboembolic Disease and the Steroidal Content of Oral Contraceptives a Rennrt to the Committee on Safety of Drues. *British Medical Journal*, *2*(5703), 203–209. <https://doi.org/10.1136/bmj.2.5703.203>
- Kamani, M. O., Akgor, U., & Gültekin, M. (2022). Review of the literature on combined oral contraceptives and cancer. In *ecancermedicalscience* (Vol. 16, pp. 1–24). ecancer Global Foundation. <https://doi.org/10.3332/ecancer.2022.1416>
- Kanacher, T., Lindauer, A., Mezzalana, E., Michon, I., Veau, C., Mantilla, J. D. G., Nock, V., & Fleury, A. (2020). A physiologically-based pharmacokinetic (PBPK) model network for the prediction of CYP1A2 and CYP2C19 drug–drug–gene interactions with fluvoxamine, omeprazole, s-mephenytoin, moclobemide, tizanidine, mexiletine, ethinylestradiol, and caffeine. *Pharmaceutics*, *12*(12), 1–15. <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics12121191>
- Kwas, K., Nowakowska, A., Fornalczyk, A., Krzycka, M., Nowak, A., Wilczyński, J., & Szubert, M. (2021). Impact of Contraception on Uterine Fibroids. *Medicina*, *57*(7). <https://doi.org/10.3390/MEDICINA57070717>
- LactMed®. (2021). *Banco de dados de medicamentos e lactação (LactMed®) [Internet]. Bethesda (MD): Instituto Nacional de Saúde Infantil e Desenvolvimento Humano; 2006-. Drospirenona. [Atualizado em 15 de novembro de 2021]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501356/>*
- Lee, J. J. M. L., Tan, T. C., & Ang, S. Bin. (2017). Female sexual dysfunction with combined oral contraceptive use. *Singapore Medical Journal*, *58*(6), 285–288. <https://doi.org/10.11622/smedj.2017048>
- Levin, Ellis R.; Vitek, Wendy S.; Hammes, S. R. . (2017). Estrogens, Progestins, and the Female Reproductive Tract. In L. L. . Brunton, R. Hilal-Dandan, & B. C. Knollmann (Eds.), *Goodman and Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* (13th Ed, pp. 803–832). Mc Graw - Hill Medical.
- Maia, H., & Casoy, J. (2008). Non-contraceptive health benefits of oral contraceptives. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, *13*(1), 17–24. <https://doi.org/10.1080/13625180701712745>
- Martins do Vale, F., & Andresen Leitão, J. (1984). Hormonas Sexuais. In *Terapêutica medicamentosa e suas bases farmacológicas*. (pp. 760–780). Porto Editora.
- Masters, K. P., & Carr, B. M. (2009). Survey of pharmacists and physicians on drug interactions

- between combined oral contraceptives and broad-spectrum antibiotics. *Pharmacy Practice*, 7(3), 139–144. <https://doi.org/10.4321/S1886-36552009000300002>
- McClave, A. K., Hogue, C. J., Brunner Huber, L. R., & Ehrlich, A. C. (2010). Cigarette smoking women of reproductive age who use oral contraceptives: Results from the 2002 and 2004 behavioral risk factor surveillance systems. *Women's Health Issues*, 20(6), 380–385. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2010.06.006>
- Mealy, N. E., & Bayés, M. (2004). Drospirenone. In *Drugs of the Future* (Vol. 29, Issue 9, p. 940). National Institute of Child Health and Human Development. <https://doi.org/10.37667/pk.2002.58>
- Nappi, R. E., Kaunitz, A. M., & Bitzer, J. (2016). Extended regimen combined oral contraception: A review of evolving concepts and acceptance by women and clinicians. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 21(2), 106–115. <https://doi.org/10.3109/13625187.2015.1107894>
- Narvaiza, D. G. Y., Navarrete, M. A. H., Falzoni, R., Maier, C. M., & Nazário, A. C. P. (2008). Effect of combined oral contraceptives on breast epithelial proliferation in young women. *Breast Journal*, 14(5), 450–455. <https://doi.org/10.1111/j.1524-4741.2008.00621.x>
- National Center for Biotechnology Information. (2023a). *Resumo do Composto Estradiol (CID 5757)*. PubChem. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Estradiol#section=2D-Structure>
- National Center for Biotechnology Information. (2023b). *Resumo do Composto Etinilestradiol (CID 5991)*. PubChem. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/Ethinyl-estradiol#section=2D-Structure>
- Nicolussi, S., Drewe, J., Butterweck, V., & Meyer zu Schwabedissen, H. E. (2020). Clinical relevance of St. John's wort drug interactions revisited. *British Journal of Pharmacology*, 177(6), 1212–1226. <https://doi.org/10.1111/bph.14936>
- Nobakht, S. Z., Akaberi, M., Mohammadpour, A. H., Moghadam, A. T., & Emami, S. A. (2022). Hypericum perforatum: Traditional uses, clinical trials, and drug interactions. *Iranian Journal of Basic Medical Sciences*, 26(9), 1045–1058. <https://doi.org/10.22038/IJBMS.2022.65112.14338>
- Oclander, G. (1966). Sequential therapy to achieve anovulatory cycles. *Canadian Medical Association Journal*, 94(5), 218–222. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1935260/>?report=abstract
- Oosterheld, J. R., Cozza, K., & Sandson, N. B. (2008). Oral contraceptives. *Psychosomatics*, 49(2), 168–175. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.49.2.168>
- Olson, J. M., Belgam Syed, S. Y., & Goyal, A. (2022). Griseofulvin. In *StatPearls*. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK537323/>
- Ordem dos Farmacêuticos. (2006). *Norma de Intervenção Farmacêutica na Contraceção de Emergência*. [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/contracepcao\\_emergencia\\_10852746935cb5ec20ac8c7.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/qualidade/contracepcao_emergencia_10852746935cb5ec20ac8c7.pdf)
- Pacheco, P. A., Rosa Costa, A., Lanhoso, A., Teresa, A., Santos, A., Rodrigues, C., Rebelo, C., Capela, E., Águas, F., Geraldés, F., Solheiro, H., Martins, I., Santos Silva, I., Neves, J., Marques, P., Palma, F., Sousa, F., Gomes, G., Do, M., ... Ferraz, T. (2020). *Consenso sobre Contraceção 2020*. Organização Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG) Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR) Revisão científica da responsabilidade da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC).
- Palacios, S., Colli, E., & Regidor, P. A. (2019). Multicenter, phase III trials on the contraceptive

- efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone-only pill. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 98(12), 1549. <https://doi.org/10.1111/AOGS.13688>
- Palacios, S., Regidor, P. A., Colli, E., Skouby, S. O., Apter, D., Roemer, T., Egarter, C., Nappi, R. E., Skřivánek, A., Jakimiuk, A. J., Weyers, S., Ács, N., Elia, D., Gemzell Danielsson, K., & Bitzer, J. (2020). Oestrogen-free oral contraception with a 4 mg drospirenone-only pill: new data and a review of the literature. In *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* (Vol. 25, Issue 3, pp. 221–227). Taylor and Francis Ltd. <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1743828>
- Petraglia, F., Bernardi, M., Lazzeri, L., Perelli, F., & Reis, F. M. (2017). Dysmenorrhea and related disorders. In *F1000Research* (Vol. 6). <https://doi.org/10.12688/f1000research.11682.1>
- Plewig, G., & Kligman, A. M. (2020). Estrogens and Oral Contraceptives. In *ACNE and ROSACEA* (pp. 659–661). National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-97234-8\\_84](https://doi.org/10.1007/978-3-642-97234-8_84)
- Reddy, D. S. (2010). Clinical pharmacokinetic interactions between antiepileptic drugs and hormonal contraceptives. *Expert Review of Clinical Pharmacology*, 3(2), 183–192. <https://doi.org/10.1586/ecp.10.3>
- Reed, B. G., & Carr, B. R. (2018). The Normal Menstrual Cycle and the Control of Ovulation. In *Endotext*. MDText.com, Inc. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279054/>
- Ribeiro-Alves, M. A., Trugo, L. C., & Donangelo, C. M. (2003). Use of oral contraceptives blunts the calciuric effect of caffeine in young adult women. *Journal of Nutrition*, 133(2), 393–398. <https://doi.org/10.1093/jn/133.2.393>
- Rodrigues, I., Santos, S. P., Lourenço, R., & Tomé, M. T. (2019). Hipertensão e Risco Cardiovascular Global - Sociedade Portuguesa de Hipertensão. *Revista Portuguesa de Hipertensão e Risco Cardiovascular*, 1–23. [www.sphta.org.pt](http://www.sphta.org.pt)
- Santos, T. A. (2009). Fisiologia do Ovário e da Fecundação. In *Manual de Ginecologia - Volume I* (pp. 1–18). [http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap\\_03.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_03.pdf)
- Seeley, R. R., Stephens, T. D., & Tate, P. (2005). Sistema Reprodutor. In Tradução; & M. L. B. Leal, Maria Teresa; Durão, Maria Cândida; Abecasis (Eds.), *Anatomia e fisiologia* (6ª ed, pp. 1029–1073). LusoCiência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Serfaty, D. (2019). Update on the contraceptive contraindications. *Journal of Gynecology Obstetrics and Human Reproduction*, 48(5), 297–307. <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2019.02.006>
- Sharma, M., & Walmsley, S. L. (2015). Contraceptive options for HIV-positive women: Making evidence-based, patient-centred decisions. *HIV Medicine*, 16(6), 329–336. <https://doi.org/10.1111/hiv.12221>
- Słopień, R., Milewska, E., Rynio, P., & Męczekalski, B. (2018). Use of oral contraceptives for management of acne vulgaris and hirsutism in women of reproductive and late reproductive age. *Przegląd Menopauzalny*, 17(1), 1–4. <https://doi.org/10.5114/pm.2018.74895>
- SPMR, S. P. de M. da R. (2016a). *Células da granulosa*. SPMR. <https://spmr.pt/index.php/18-repopedia/c/98-celulas-da-granulosa>
- SPMR, S. P. de M. da R. (2016b). *Células da teca*. SPMR. <https://spmr.pt/index.php/18-repopedia/c/99-celulas-da-teca>
- Stanfield, C. L. (2014). Sistema reprodutor. In Tradução, C. F. Chagas, & M. I. C. Nascimento (Eds.), *Fisiologia humana* (5 ed., pp. 738–781). Pearson Education.

- Tavares, A. S. S., Nelas, P. A. A. B., & Duarte, J. C. (2017). *Contraceção em estudantes do ensino superior : conhecimentos e atitudes*. <https://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/4771>
- Tepper, N. K., Whiteman, M. K., Marchbanks, P. A., James, A. H., & Curtis, K. M. (2016). Progestin-only contraception and thromboembolism: A systematic review. *Contraception*, 94(6), 678–700. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.04.014>
- The American College Of Obstetricians and Gynecologists. (2018). ACOG Committee Opinion No. 760: Dysmenorrhea and Endometriosis in the Adolescent. *Obstetrics and Gynecology*, 132(6), E249–E258. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002978>
- Toh, S., Mitchell, A. A., Anderka, M., De Jong-Van Den Berg, L. T. W., & Hernández-Díaz, S. (2011). Antibiotics and oral contraceptive failure - A case-crossover study. *Contraception*, 83(5), 418–425. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2010.08.020>
- Trussell, J., & Portman, D. (2013). The creeping pearl: Why has the rate of contraceptive failure increased in clinical trials of combined hormonal contraceptive pills? *Contraception*, 88(5), 604–610. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2013.04.001>
- Tyrer, L. (1999). Introduction of the pill and its impact. *Contraception*, 59(1 SUPPL.), 11S-16S. [https://doi.org/10.1016/S0010-7824\(98\)00131-0](https://doi.org/10.1016/S0010-7824(98)00131-0)
- Van Vliet, H. A. A. M., Grimes, D. A., Helmerhorst, F. M., Schulz, K. F., & Lopez, L. M. (2006). Biphase versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002032.pub2>
- Van Vliet, H. A., Grimes, D. A., Lopez, L. M., Schulz, K. F., & Helmerhorst, F. M. (2011). Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(11). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd003553.pub3>
- Van Vliet, H. A., Raps, M., Lopez, L. M., & Helmerhorst, F. M. (2011). Quadriphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009038.pub2>
- VanPutte, C., Regan, J., Russo, A., Seeley, R., Stephens, T., & Tate, P. (2014). Reproductive System. In *Seeleys Anatomy & Physiology* (10th Ed, pp. 1016–1063). McGraw-Hill. <https://doi.org/10.1080/23298758.1993.10685513>
- Varela, M. G. (2009a). Contraceção. *Manual de Ginecologia*, 257–276. [http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap\\_16.pdf](http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_16.pdf)
- Varela, M. G. (2009b). Contraceção hormonal. In *Manual de Ginecologia - Volume II* (pp. 75–93). [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi2IaAuMbQAhWGCBoKHfwqAwgQFggcMAA&url=http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap\\_29.pdf&usg=AFQjCNFuiO-5EgErw3-QMO-iG4VjgrwPFA&sig2=gjVPXmmfPnqBiFMEiJqQLA&bvm=bv.13978254](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&uact=8&ved=0ahUKEwi2IaAuMbQAhWGCBoKHfwqAwgQFggcMAA&url=http://www.fspog.com/fotos/editor2/cap_29.pdf&usg=AFQjCNFuiO-5EgErw3-QMO-iG4VjgrwPFA&sig2=gjVPXmmfPnqBiFMEiJqQLA&bvm=bv.13978254)
- Vieira Baptista, P., Monteiro, S. B., Furtado, M. J., & Rosa Costa, A. (2007). O que há de novo em contraceção oral? *Acta Obstet Ginecol Port*, 1(2), 74–83.
- World Health Organization. (2012). WHO | Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008. *Who*, 6th editio, 1–67. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241501118_eng.pdf)
- World Health Organization. (2020). *Family planning/contraception methods*. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>
- Wouk, N., & Helton, M. (2019). Abnormal uterine bleeding in premenopausal women. *American Family Physician*, 99(7), 435–443. <https://doi.org/10.1016/s1701->

2163(15)30939-7

Zaccara, G., & Perucca, E. (2014). Interactions between antiepileptic drugs, and between antiepileptic drugs and other drugs. *Epileptic Disorders*, *16*(4), 409–431.  
<https://doi.org/10.1684/epd.2014.0714>

# Capítulo 2 – Relatório de estágio em farmácia comunitária

## Introdução

O estágio curricular para a finalização do Mestrado Integrado em Ciências Farmacêuticas teve a supervisão e orientação da Dra. Joana Rodrigues Melo Cabral, sempre com o auxílio dos restantes funcionários da farmácia. O mesmo foi realizado na Farmácia Tavares (FT), na Guarda decorrendo entre os dias 09 de Fevereiro e 17 de Junho de 2022. Este estágio foi o meu primeiro contacto com a realidade profissional, permitiu-me solidificar o conhecimento teórico que me foi transmitido ao longo destes 5 anos. No decorrer do mesmo fui adquirindo novas competências que me permitiram evoluir junto de profissionais de saúde experientes. Permitiu-me também obter uma visão completamente diferente no que toca ao trabalho e importância de um farmacêutico comunitário.

O objetivo primordial de um farmacêutico comunitário passa pela cedência de medicamentos, em condições que permitam minorar os riscos associados aos mesmos, reforçando sempre o seu uso racional. Uma vez que o farmacêutico é o último contacto entre o utente e a toma do medicamento é fundamental este “pôr o bem dos indivíduos à frente dos seus interesses pessoais ou comerciais e promover o direito de acesso a um tratamento com qualidade, eficácia e segurança”, conforme mencionado no artigo 8º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos (Código Deontológico Da Ordem Dos Farmacêuticos, 2021).

Devido a esta proximidade diária com o utente é inelutável que se crie uma certa ligação com o mesmo. Acabando muitas vezes por nos acompanhar para casa os problemas por eles mencionados, o que nos leva a estudar mais acerca das terapêuticas farmacológicas e do que poderá ser o motivo da falha ou falta de *compliance*.

Tornou-se óbvio que as aulas não nos prepararam para tudo, uma vez que um farmacêutico comunitário vai muito para além do conhecimento científico que fomos adquirindo, ao longo destes 5 anos, abrange também saber lidar com utentes muitas vezes tristes, preocupados conseguindo assegurar-lhes conforto e segurança que por vezes tanto necessitam. A situação pandémica que enfrentámos mostrou-nos que os serviços farmacêuticos são indispensáveis para o correto funcionamento do SNS sendo que o farmacêutico comunitário se encontra numa posição favorecida para coadjuvar em áreas como determinação de parâmetros bioquímicos, promoção de medidas não farmacológicas, deteção precoce de doenças e promoção de um estilo de vida mais saudável e administração de injetáveis (Ordem dos Farmacêuticos, 2022).

A nível pessoal, acredito que muito mais do que adquirir conhecimentos científicos e experiência, este estágio permitiu-me entender a importância da farmácia comunitária na nossa comunidade e conhecer os utentes para além dos medicamentos que tomam.

# **1. Organização da Farmácia**

## **1.1 Recursos humanos**

### **1.1.1 Composição do quadro de pessoal da Farmácia**

- Diretora Técnica: Dr.<sup>a</sup> Joana Melo Cabral
- Farmacêutica: Dr.<sup>a</sup> Mafalda Faustino
- Farmacêutica: Dr.<sup>a</sup> Marta Almeida
- Técnico de Farmácia: Dr. Carlos Jacinto
- Técnica de Farmácia: Dr.<sup>a</sup> Lucie Vendeiro
- Técnica de Farmácia: Dr.<sup>a</sup> Julieta Craveiro
- Técnica de Farmácia: Dr.<sup>a</sup> Marta Pais
- Técnica de Farmácia: Dr.<sup>a</sup> Patrícia Ferreira
- Técnica de Farmácia: Dr.<sup>a</sup> Patrícia Nunes

### **1.1.2 Funções de cada um dos seus elementos**

Na FT para além da diretora técnica (DT), existem 2 farmacêuticas e 6 técnicos de farmácia. Compete à DT assumir responsabilidade pelos atos farmacêuticos praticados na farmácia. Ela garante que os medicamentos sujeitos a receita médica (MSRM) apenas são dispensados aos utentes que apresentem a mesma, com exceção de casos de força maior que se encontrem devidamente justificados. Promove o uso racional dos medicamentos através da prestação de esclarecimentos aos utentes sobre o modo de utilização dos mesmos.

Assegura condições de higiene e segurança da farmácia, zelando sempre para que os funcionários da farmácia mantenham o asseio e higiene, também garante o bom estado de conservação dos medicamentos e restantes produtos fornecidos tal como o aprovisionamento suficiente dos mesmos. Por outro lado deve também conferir o cumprimento das regras deontológicas associadas à atividade farmacêutica, garantindo o cumprimento dos princípios e deveres previstos no Decreto-Lei n.º 307/2007, 31 de Agosto de 2007 e na demais legislação reguladora da atividade farmacêutica. Sendo que a DT é auxiliada por farmacêuticos e por pessoal devidamente habilitado, sob a sua direção e responsabilidade (Ministério Da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. Diário Da República n.º 168/2007, Série I, 2007).

O farmacêutico tem como responsabilidade fundamental a saúde e o bem-estar do doente e do cidadão em geral, proporcionando o direito a um tratamento com qualidade, efetividade e segurança. Este é também responsável dos medicamentos, do aconselhamento em relação ao seu uso racional e o acompanhamento dos utentes, entre outras atividades no âmbito dos cuidados farmacêuticos. Devem sempre garantir a máxima qualidade dos serviços prestados, respeitando sempre os princípios enunciados no seu código de ética. Existem atividades que são da

competência exclusiva dos farmacêuticos: contacto com outros profissionais de saúde, controlo de psicotrópicos e estupefacientes, cedência de medicamentos, seguimento farmacoterapêutico, contacto com os centros de informação dos medicamentos, gestão da formação dos colaboradores e a gestão das reclamações.

A formação continuada é uma obrigação profissional, isto é, necessita de se manter informado a nível científico, ético e legal assumindo assim um nível de competência adequado à prestação de uma prática eficiente. Pelo que deve frequentar cursos de formação científica e técnica, encontros profissionais e científicos, sessões clínicas internas da farmácia, a leitura de publicações que contribuam para o aumento do seu conhecimento, entre outras atividades. Por último o supervisionamento, verificação e avaliação de tarefas delegadas no pessoal de apoio, intervindo sempre que necessário. Garantir também que o pessoal de apoio possui formação atualizada para as tarefas que desempenha (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF), 2009).

No que toca ao técnico de farmácia, este adota um papel bastante importante, tendo independência para realizar receção de encomendas, verificação de prazos de validade, *stocks*, atender ao público entre muitas outras funções.

Ao longo do estágio fui observando as atividades que cada um dos elementos da equipa desempenhava.

## **1.2 Horário de funcionamento**

A FT encontra-se em funcionamento entre as 8 horas e 30 minutos às 21 horas, de segunda a sexta-feira, e das 9 horas às 19 horas, ao sábado. Garante o turno de serviço permanente de 10 em 10 dias, permanecendo em atividade, ininterrompidamente, desde a hora de abertura até à hora de encerramento do dia posterior, tal como se encontra no Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de Março (Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de Março. Diário Da República, Série I – N.º 48, 2007).

No município da Guarda o turno de serviço permanente é assegurado de forma rotativa pelas 10 farmácias existentes.

## **1.3 Localização**

A FT encontra-se localizada na Avenida Cidade de Safed nº18, em São Vicente na Guarda. Sendo que a população que beneficia dos serviços da mesma é diferenciada mas sobretudo idosa.

## **1.4 Instalações e equipamentos**

### **1.4.1 Espaço físico da Farmácia e divisões funcionais**

Na Deliberação n.º 1502/2014, de 3 de Julho encontram-se as especificações das áreas mínimas das farmácias. Segundo esta deliberação as farmácias devem possuir uma área útil total mínima de 95 m<sup>2</sup>. Devem ainda possuir obrigatoriamente as seguintes divisões:

- a) Sala de atendimento ao público (com pelo menos, 50 m<sup>2</sup>);
- b) Armazém (com pelo menos, 25 m<sup>2</sup>);
- c) Laboratório (com pelo menos, 8 m<sup>2</sup>);
- d) Instalações sanitárias (com pelo menos, 5 m<sup>2</sup>);
- e) Gabinete de atendimento personalizado, exclusivamente para a prestação dos serviços a que alude o n.º 2 do artigo 3.º da Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro, (com, pelo menos, 7 m<sup>2</sup>).

Existem algumas divisões que são facultativas como por exemplo o gabinete da direção técnica, a zona de recolhimento ou quarto, a área técnica de informática e economato. As áreas das divisões opcionais devem acrescer ao mínimo de área obrigatória referida anteriormente (INFARMED e Ministério Da Saúde. Deliberação n.º 1502/2014, de 30 de Julho. Diário Da República n.º 145/2014, Série II, 2014).

O acesso à farmácia é bastante simples, e a circulação dentro da mesma não apresenta nenhuma dificuldade.

#### **1.4.1.1 Área de atendimento ao público**

Possui diversas áreas funcionais como um local de atendimento ao público com cinco balcões de atendimento, sendo que um deles se encontra adaptado para o atendimento de utentes prioritários, incluindo portadores de deficiência. Por detrás dos balcões podemos encontrar alguns medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) expostos.

Nesta área podem-se encontrar diversos produtos organizados por secções, das quais, produtos de higiene oral, produtos de puericultura, alimentação infantil, produtos de dermocosmética, produtos de emagrecimento, ortopedia entre outros.

Existe uma zona que tem como objetivo manter as crianças distraídas, existe uma mesa com alguns desenhos para puderem pintar. Perto desta área existe uma cadeira onde os acompanhantes podem aguardar ou para esperarem pela sua vez.

Existe também uma balança automática, onde mediante um valor monetário, os utentes podem medir a tensão arterial, o peso, a altura.

#### **1.4.1.2 Área de realização de testes à COVID-19**

Localizada à entrada da farmácia existe uma área mais privada dedicada à realização de testes à COVID-19, contando com o material necessário para a realização dos mesmos.

Durante o estágio foi-me permitido observar a realização dos mesmos, sempre com o consentimento do utente.

#### **1.4.1.3 Gabinete de atendimento**

O gabinete de atendimento é constituído por uma casa de banho, para o uso dos utentes da farmácia, por duas cadeiras, uma mesa, uma marquesa e um armário onde se encontra o material necessário para os diferentes serviços prestados. Este gabinete é usado para a prestação de diferentes serviços como a medição e avaliação de parâmetros bioquímicos como a glicémia e também da tensão arterial. Antigamente na FT também era realizada a medição de outros parâmetros bioquímicos como o colesterol, os triglicéridos e o ácido úrico. Também são executadas consultas de nutrição e dietética à terça-feira e sexta-feira, a administração de injetáveis e vacinas. Durante o meu estágio neste local foram realizados alguns rastreios, como por exemplo um rastreio capilar.

#### **1.4.1.4 Laboratório**

A preparação dos manipulados ocorre no laboratório. Armazenam-se aqui todos os materiais relativos à preparação destas formulações galénicas, os boletins de análises de matérias-primas e bibliografias necessárias para a execução dos mesmos.

#### **1.4.1.5 Área de receção de encomendas e área de armazenamento**

Existe uma área para a receção de encomendas dos diferentes fornecedores. Existem dois computadores com o sistema informático Sifarma 2000, um telefone, uma impressora e vários *dossiers* que contêm grande parte da documentação da farmácia e um local específico para guardar as faturas referentes às encomendas. Nesta área também se guardam os medicamentos reservados para os utentes.

Na zona do armazenamento podemos encontrar armários com excedentes dos produtos expostos na área com acesso dos utentes e de MNSRM e MSRM. Outros armários com gavetas onde se encontram os medicamentos ordenados por ordem alfabética, de nome comercial, caso sejam de marca, ou de princípio ativo, caso sejam medicamentos genéricos. Sendo que caso tenham doses diferentes estes são ainda organizados por ordem crescente de dose. Os medicamentos genéricos são ainda organizados por laboratório. Nestas gavetas é importante referir que se pode encontrar MSRM e MNSRM.

Os supositórios, medicamentos de uso vaginal, gotas orais e auriculares, os colírios, inaladores, xaropes, granulados, pomadas, cremes, dispositivos médicos são guardados de uma maneira separada. Sendo que também são organizados por ordem alfabética. Existem ainda gavetas destinadas ao material utilizado por utentes diabéticos, tais como lancetas e tiras. A reposição

das gavetas é feita sempre que necessário, verificando sempre as validades seguindo o método “*first in first out*”.

Neste local existe um frigorífico onde se encontram os produtos que precisam de refrigeração, sendo que a penúltima prateleira está designada para os medicamentos reservados pelos utentes. É neste local que existe a segunda casa de banho da farmácia destinada aos profissionais de saúde.

Por último existe uma zona reservada para os produtos com aproximação do prazo de validade e de produtos que consistem em quebras.

#### **1.4.1.6 Gabinete de direção técnica, zona de descanso e copa**

O gabinete da direção técnica é a área onde se efetua toda a parte burocrática necessária e também onde decorrem as reuniões com os delegados de informação médica. Nesta área existe também uma mesa com diversas cadeiras, os utensílios e eletrodomésticos indispensáveis para que possam realizar as suas refeições e também um sofá.

#### **1.4.2 Elementos interiores e exteriores da Farmácia**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto, na zona exterior da farmácia deve-se encontrar um letreiro visível contendo a palavra “FARMÁCIA” ou o símbolo “cruz verde”, devendo encontrar-se devidamente iluminados durante o período de funcionamento inclusive quando se encontra de serviço (Ministério Da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de Agosto. Diário Da República n.º 168/2007, Série I, 2007). Pode-se observar na porta da entrada informação sobre as farmácias que se encontram em regime permanente, sendo esta informação modificada todos os meses, e o horário de funcionamento da farmácia. No cimo da porta podemos observar a inscrição com o nome da farmácia. Possui ainda um postigo para a dispensa de medicamentos quando a mesma se encontra de serviço permanente.

A FT possui montras, onde procede à divulgação dos produtos existentes na farmácia e também de campanhas promocionais que possam existir. Em frente à farmácia existem estacionamento sendo que há um reservado para utentes da farmácia. No que toca ao interior da farmácia podemos observar um ambiente calmo, devidamente iluminado e ventilado. Tanto o gabinete de atendimento personalizado como os balcões de atendimento asseguram a privacidade dos utentes para que se sintam confortáveis e conseqüentemente para que haja um diálogo mais sincero e confidencial. Na porta do gabinete encontram-se expostos os serviços prestados na farmácia tal como o preço.

Existe ainda informação sobre a presença de um livro de reclamações e uma placa onde se encontra inscrito o nome da farmácia e da respetiva DT. É importante referir que toca a equipa

de profissionais se encontra devidamente identificada através de um cartão com o seu nome e título profissional.

Tanto o interior da farmácia como o exterior são vigiados por câmaras de segurança e dispõe de um alarme de segurança.

Por fim é também importante referir que a FT possui toda a sinalética exigida, como por exemplo o sinalizador de saída, extintores e um sistema de deteção de incêndios.

### **1.4.3 Equipamentos gerais e específicos**

A farmácia deve dispor de todo o material imprescindível ao bom funcionamento da mesma, quer seja material mais específico como por exemplo o material de laboratório quer seja um armário para arrumações. Todo este material deve-se encontrar em bom estado de maneira a que seja possível o seu correto funcionamento tal como, quando necessário, ser submetido a um processo de calibração respeitando sempre os critérios de aceitação estipulados.

Os equipamentos gerais são por exemplo armários, mesas, cadeiras, balcões de atendimento e o material informático necessário. No que toca a equipamentos mais específicos dispõe principalmente do material de laboratório (balanças de precisão, espátulas, pedra mármore, todo o material de vidro, plástico e porcelana, tamises).

Existem também equipamentos de medição de temperatura, humidade e o frigorífico, tal como já foi antes referido.

## **1.5 Recursos informáticos**

Os oito computadores da FT dispõem tanto do sistema informático Sifarma 2000 como do novo módulo de atendimento do Sifarma. Todos os computadores estão ligados a uma impressora e a um sistema de leitura ótica. Os dois computadores que se destinam essencialmente à gestão das encomendas encontram-se também ligados a uma impressora de códigos de barras. O Sifarma 2000 auxilia na receção de encomendas, gestão de encomendas, gestão de lotes por faturar e na gestão de produtos. Enquanto o novo Sifarma está mais direcionado para o atendimento e gestão de utentes. Cada profissional possui de um código pessoal e uma senha de modo a que consiga aceder aos programas.

### **1.5.1 Verificação da existência de qualquer medicamento ou produto de saúde e sua localização nas instalações da Farmácia**

Através do sistema informático consegue-se proceder à localização de um produto, medicamento ou outros. Mostra-nos qual o seu *stock* e através da sua ficha consegue-se perceber onde se poderá encontrar o produto. No meu estágio curricular quando me surgiam

dúvidas em relação ao *stock* ou a localização de um produto recorria ao sistema informático, com o passar do tempo a necessidade de recorrer a este era cada vez menor.

## **2 Informação e documentação científica**

Na FT existem diversas fontes de informação, das quais destaco o Formulário Galénico Português, a Farmacopeia Portuguesa e respetivos anexos, o Prontuário Terapêutico, o Direito Farmacêutico. No decorrer do meu estágio foi-me permitido contactar com várias destas fontes de informação.

Existem ainda alguns centros de documentação e informação, tais como:

- Centro de Divulgação do Medicamento;
- Centro de Informação de Medicamentos;
- Centro de Estudos e Avaliação em Saúde;
- Laboratório de Estudos Farmacêuticos;
- Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde, I.P. (INFARMED, I.P.).

## **3 Aprovisionamento e armazenamento**

### **3.1 Fornecedores**

A aquisição de produtos de saúde ou medicamentos poder ser feita através de fornecedores/armazenistas ou por encomendas diretas através do contacto com os respetivos delegados médicos de cada laboratório.

A FT possui um contacto diário com diversos fornecedores, especialmente a Plural – Cooperativa Farmacêutica, Empifarma – Produtos Farmacêuticos, S.A., a Cooprofar e a Alliance Healthcare.

Durante o meu estágio pude observar que o facto de se trabalhar com diversos fornecedores permite que haja uma maior flexibilidade nos preços e horários de entrega e consequentemente uma maior variedade de produtos. Desta maneira consegue-se mais facilmente evitar ruturas no *stock* e fornecer os produtos que os utentes necessitam de uma forma mais rápida.

#### **3.1.1 Critérios para a seleção de um fornecedor/armazenista**

Existem vários factores que determinam a escolha de um fornecedor para um determinado produto ou encomenda. Os fundamentais são as condições de entrega como o número e horário das entregas diárias, os descontos, a bonificação dos produtos, o cumprir os prazos de entrega e por fim a disponibilidade dos produtos.

### **3.2 Critérios de aquisição dos diferentes medicamentos e produtos de saúde**

Um outro critério a ter em conta na aquisição dos diferentes produtos de saúde e medicamentos é a sazonalidade. Dependendo da época do ano em que nos encontramos, existem produtos com maior ou menor saída, portanto próximo das épocas com maiores vendas de determinados produtos é preciso realizar a encomenda dos mesmos, com antecedência. Como exemplos de alguns destes produtos temos os protetores solares, xaropes, antigripais, anti-histamínicos. Também é importante que se tenha em conta aquando da encomenda, quais os produtos que têm uma maior venda e consoante as necessidades da farmácia de maneira a que não exista uma ocupação despropositada do espaço da farmácia.

### **3.3 Armazenamento**

Em qualquer farmácia comunitária os medicamentos e os restantes produtos de saúde devem encontrar-se num ambiente que garanta a sua conservação correta.

Durante o meu estágio consegui observar a medição das temperaturas da farmácia inclusive do frigorífico e posteriormente a análise das mesmas sempre com supervisão.

Todos os psicotrópicos e estupefacientes encontram-se fora do alcance do público. Por fim é também necessário ter em consideração a gestão do espaço, organizar os produtos por prazo de validade (colocar etiquetas nos produtos com prazo de validade mais curto), forma farmacêutica, natureza do produto (se são MSRM ou MNSRM sendo que estes últimos podem ser expostos ao público) e também os produtos com promoções ou sazonais encontrarem-se expostos em locais atrativos e com destaque.

Foi durante as primeiras semanas de estágio que me foi demonstrado como os produtos se encontram armazenados na FT.

### **3.4 Gestão de encomendas**

Existem diferentes tipos de encomendas tal como a diária, a instantânea e via verde. Sendo ainda possível contactar diretamente com o laboratório fornecedor, a pessoa responsável por este tipo de encomendas é a DT.

Todos os profissionais encontram-se capacitados para a realização de encomendas. Sendo que é durante o atendimento que são realizados diversos pedidos, quando o produto requerido pelo utente não se encontra em *stock* na farmácia. Quando a encomenda é feita por via telefónica é necessário a criação de uma encomenda manual no sistema para que a mesma possa ser rececionada.

### **3.4.1 Tipos de encomendas**

#### **3.4.1.1 Encomendas diárias**

As encomendas diárias geralmente são feitas pela Dr.<sup>a</sup> Lucie Vendeiro, pela Dr.<sup>a</sup> Mafalda e também pela Dr.<sup>a</sup> Patrícia Ferreira. Este tipo de encomenda tem em conta os produtos que faltam na farmácia, tendo sempre em atenção aos *stocks* máximo e mínimo de cada produto e também as vendas mensais dos mesmos. Consoante as necessidades da farmácia são retirados ou inseridos produtos na encomenda de forma a impedir que exista uma rutura de *stocks*.

#### **3.4.1.2 Encomendas instantâneas**

Tal como já foi referido anteriormente estas encomendas realizam-se essencialmente quando o utente pede um medicamento que não se encontra na farmácia naquele momento. São encomendas que se efetuam diretamente na ficha do produto, conseguindo observar-se o preço, a data e hora previstas de entrega dos diversos fornecedores.

#### **3.4.1.3 Encomendas por Via Verde**

Este tipo de encomendas foi instituída pelo INFARMED no sentido de aumentar o acesso a nível nacional de medicamentos cuja alternativa terapêutica é baixa e que apresentam uma reduzida disponibilidade. Existem diversos medicamentos, com diversas dosagens, passíveis de serem pedidos por esta via permitindo assim que os utentes não comprometam a sua terapêutica.

Na seguinte lista encontram-se alguns nomes comerciais de medicamentos que são passíveis de serem encomendados por via verde (Anexo 4) (INFARMED-Protocolo-Via-Verde-Medicamento, 2018).

#### **3.4.1.4 Encomendas diretamente ao fornecedor**

Tal como supracitado estas encomendas são da exclusiva responsabilidade do DT. São realizadas diretamente ao laboratório fornecedor tendo como intermédio os delegados de informação médica.

### **3.4.2 Receção de uma encomenda**

Em diversos momentos do dia a FT recebe encomendas dos diversos fornecedores. Estas são acompanhadas maioritariamente por uma fatura sendo que também podem ser acompanhadas por uma guia de remessa com original e duplicados. Posteriormente à abertura das encomendas, os produtos do frio são imediatamente confirmados e arrumados no frigorífico.

Em seguida procede-se à receção da encomenda no sistema informático Sifarma 2000. Começa-se por seleccionar a encomenda a rececionar, depois coloca-se o número da fatura no local indicado. Verifica-se se a quantidade de produtos que se encontram na encomenda coincidem com aqueles que estão na fatura. Confirma-se também o prazo de validade dos produtos, o preço de venda à farmácia (PVF) e o preço de venda ao público (PVP). Após a confirmação de que foi dada entrada de todos os produtos, confirma-se se o valor monetário da fatura está concordante com o valor que nos é indicado pelo sistema informático.

Em último lugar as faturas são arquivadas nos locais designados para tal (Anexo 5).

### **3.4.3 Marcação dos preços**

Os preços MSRM, bem como os MNSRM participados pelo SNS, são definidos por decreto-lei, pelo que é da competência do INFARMED, I.P. a regulamentação dos mesmos (Ministério Da Saúde. Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro. Diário Da República n.º 32/2013, Série I, 2013).

No que toca a alguns MNSRM cujo PVP não se encontra escrito na embalagem, e a produtos de venda livre o PVP tem em consideração o PVF estabelecido pelo fornecedor, o imposto sobre o valor acrescentado e a margem de lucro que se encontra previamente estipulada pela farmácia.

Posteriormente os produtos são marcados com uma etiqueta indicando o seu PVP. É importante referir que esta nunca deve ser colocada de maneira a ocultar o lote do produto, o prazo de validade ou quaisquer outras informações importantes sobre o produto.

### **3.4.4 Controlo dos prazos de validade**

Como já foi referido anteriormente o controlo dos prazos de validade inicia-se aquando a receção dos produtos.

No entanto todos os meses o Sifarma 2000 emite uma lista com os produtos que necessitam ser conferidos. Estes produtos são analisados no que toca ao seu prazo de validade e ao *stock*, sendo depois colocados em contentores para serem devolvidos aos fornecedores. Geralmente os produtos de venda livre podem ser vendidos até ao limite do prazo de validade, caso a utilização por parte do utente não ultrapasse esse prazo.

Na parte final os prazos de validade e os *stocks* têm que ser atualizados no sistema informático.

### **3.4.5 Devoluções**

Existem diversos motivos para se gerar uma nota de devolução sobretudo embalagens danificadas, produtos com prazo de validade curto, desistência por parte do utente, produto não pedido e não faturado.

Através do Sifarma 2000, no componente “Gestão de devoluções”, gera-se uma nota de devolução, onde se seleciona o armazenista/fornecedor, indica-se o número da fatura de origem, o produto, a quantidade a devolver e o motivo da devolução. São impressas três vias da nota de devolução, que são assinadas e carimbadas, duas vão para o armazenista/fornecedor e uma é guardada na farmácia.

Por fim, o produto é recolhido pelo transportador e, caso a devolução seja aceite, esta pode ser regularizada através de uma nota de crédito ou da troca por produto. Caso a devolução não seja aceite o produto volta de novo para a farmácia com a respetiva justificação. Neste último caso a farmácia avalia de novo a integridade do produto para dispensa ou quebra.

Os produtos que necessitam de refrigeração devem ser acondicionados numa embalagem térmica para que se mantenha numa temperatura adequada.

## **4 Interação farmacêutico-utente-medicamento**

### **4.1 Aspetos éticos, deontológicos e técnicos**

A comunicação realizada pelo farmacêutico deve ser realizada de uma forma afável, num tom de voz perceptível mas respeitando sempre a privacidade do utente. Deverá sempre ter em conta aquando da transmissão da informação a idade, o nível cultural e também socioeconómico do utente. É importante que a informação essencial, quer seja oral e/ou escrita, seja transmitida ao utente de acordo com as suas necessidades. Sendo que este deve identificar quando e a maneira de proceder à transmissão da informação alusiva a precauções de utilização, possíveis efeitos secundários e caso possam ocorrer informar sobre as possíveis interações medicamentosas. O farmacêutico deve sempre adequar o seu conhecimento científico sobre os produtos e serviços prestados com o uso racional do medicamento e com uma interação justa e correta com o utente.

Por fim conforme mencionado no artigo 15º do Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos, o farmacêutico é obrigado ao sigilo profissional. Sendo que existem algumas exceções, não impossibilitando que o farmacêutico tome as precauções indispensáveis ou colabore nas medidas imprescindíveis para a saúde e segurança dos indivíduos que coabitem ou privem com o utente (Código Deontológico Da Ordem Dos Farmacêuticos, 2021).

### **4.2 Farmacovigilância**

O objetivo da farmacovigilância passa pela identificação, quantificação, avaliação e prevenção dos riscos associados ao uso dos medicamentos em comercialização, sendo possível desta forma seguir os possíveis efeitos indesejados dos medicamentos (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF)., 2009).

Uma vez que os profissionais de saúde que trabalham na farmácia são os mais próximos dos utentes, estes devem estar atentos a reações adversas a medicamentos (RAM) e também aos efeitos indesejáveis que os mesmos podem causar. Muitas das vezes os utentes acabam por relatar durante o atendimento estas reações ou efeitos indesejáveis e cabe aos profissionais de saúde estabelecer uma relação de causalidade entre a toma dos medicamentos e estes efeitos.

A farmacovigilância é bastante importante uma vez que nos permite identificar RAM de aparecimento tardio, isto é, reações que não se conseguem detetar durante o ensaio do medicamento e também permite identificar aquelas que são raras.

Caso exista uma suspeita de RAM, o profissional de saúde ou utentes devem aceder ao Portal de RAM e preencher o formulário, onde deverão referir informações sobre o (s) medicamento (s) suspeito, a(s) reacção (ões) adversa (s), os dados do utente como por exemplo, iniciais, idade e género, também é importante indicar o contato do notificador da RAM.

O farmacêutico deve adquirir informação sobre a duração, severidade, evolução e sinais e sintomas (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF)., 2009). Através dos Boletins de Farmacovigilância é possível manter uma atualização no que toca às diferentes RAM que podem ocorrer durante a toma de determinados medicamentos. Outra opção é contactar de forma direta com a unidade de farmacovigilância responsável por aquela área. A FT encontra-se abrangida pela Unidade de Farmacovigilância da Beira Interior.

### **4.3 Reencaminhamento de medicamentos fora de uso (VALORMED)**

A VALORMED é responsável pela gestão dos resíduos de embalagens vazias e medicamentos fora de uso (ou seja, quando o prazo de validade esteja ultrapassado ou medicação que já não seja usada) através do sistema integrado de gestão de resíduos de embalagens e medicamentos (Valormed, 2022).

Deste modo a farmácia torna-se responsável pela recolha de embalagens vazias e medicamentos fora de uso, sendo por isso imprescindível os profissionais de saúde advertirem os utentes para não entregarem seringas e agulhas, termómetros de mercúrio, aparelhos eletrónicos e elétricos, pilhas, material de penso e cirúrgico, produtos químicos e radiografias. Na FT existem dois contentores de recolha VALORMED, um localizado à entrada da farmácia e outro numa zona não acessível ao utente. Quando estes contentores se encontram cheios (peso máximo de 9Kg), são selados e entregues aos distribuidores de medicamentos sendo depois reencaminhados para os gestores de resíduos para serem tratados. Para que isso seja possível, a farmácia tem que emitir uma guia de recolha, que contém o armazenista que vai realizar o transporte, o código do contentor de recolha e tem que ser assinado pelo farmacêutico antes da entrega ao armazenista. O farmacêutico desempenha um papel muito importante, devendo sempre sensibilizar os utentes a cooperarem nestes programas.

#### **4.4 Programa de entrega de medicamentos de proximidade (PEMProxi)**

Este projeto foi criado de forma a promover uma maior adesão ao medicamento e aumentar a acessibilidade ao mesmo. Permitindo que o medicamento hospitalar chegue à farmácia comunitária, da escolha do utente, de forma a garantir as devidas condições de segurança e armazenamento do mesmo. Assim que o medicamento chega, o utente é imediatamente contactado para que este se dirija à farmácia. No momento da dispensa, o farmacêutico acede ao sistema clínico do utente, confirma se todos os produtos e medicamentos se encontram nas condições adequadas e preenche o formulário de dispensa com as informações necessárias. No fim a farmácia comunica aos serviços farmacêuticos hospitalares que a dispensa foi efetivada.

### **5 Dispensa de medicamentos e produtos de saúde**

No decorrer do meu estágio foi-me permitido proceder à dispensa de medicação ao balcão com supervisão e respeitando sempre a interação Farmacêutico-Utente-Medicamento. Sempre que seja permitido, o farmacêutico deve informar o utente do seu direito de opção no que toca à escolha do medicamento. Este deve também informar sobre o medicamento que seja similar ao prescrito e possua o preço mais baixo.

A farmácia deve possuir no mínimo, três medicamentos com a mesma substância ativa, dosagem, forma farmacêutica, dentro daqueles que correspondem aos cinco preços mais baixos de cada grupo homogéneo (ACSS e INFARMED, 2019a).

#### **5.1 Prescrições médicas**

##### **5.1.1 Receção, leitura e confirmação da sua validade**

Existem dois modelos de receitas, o modelo de receita eletrónico (Anexo 6) e o modelo de receita manual (Anexo 7). Esta última é realizada apenas em situações excecionais tais como:

- Prescrição no domicílio (sendo que não é aplicável em lares de idosos);
- Falência do sistema eletrónico;
- Até 40 receitas por mês;
- Inadaptação comprovada do prescriptor, precedidas de registo e confirmação na ordem profissional respetiva.

O médico deve sempre assinalar com uma cruz, no canto superior direito da receita, o motivo pela qual esta é manual (ACSS e INFARMED, 2019b).

É fácil entender o porquê da transição das receitas manuais para as receitas eletrônicas uma vez que estas permitem uma minimização dos erros e conseqüentemente um aumento na segurança aquando a dispensa farmacêutica, facilita também a comunicação entre os diferentes profissionais de saúde. Antecipadamente à dispensa o profissional de saúde deve apurar a presença de certos elementos na receita eletrônica, tais como:

- a) Número da receita e a sua representação em código de barras;
- b) Identificação do médico prescriptor, com a respetiva indicação do nome, contacto telefónico, endereço de correio eletrónico, número da cédula profissional, especialidade médica em questão (se aplicável);
- c) Identificação do local de prescrição ou respetivo código;
- d) Dados relativos ao utente:
  - Nome e número do SNS;
  - Entidade financeira responsável por participação e número de beneficiário acordo internacional e sigla do país (quando aplicável);
  - Se aplicável, a identificação das letras referentes aos regimes especiais de participação. Representado pelas letras “R” (referente aos utentes pensionistas abrangidos pelo regime especial de participação) e “O” (referente aos utentes incluídos noutra regime especial de participação identificado por referência ao respetivo diploma legal) Sendo também representados por código de barras.

Caso exista um despacho que estabeleça um regime especial de participação de medicamentos este deve constar junto à designação do medicamento;

- e) A prescrição é feita através da Denominação Comum Internacional (DCI) ou excecionalmente através do nome comercial do medicamento, isto é, por marca ou indicação do nome do titular da autorização de introdução no mercado.
  - Medicamento com substância ativa para a qual não exista medicamento genérico participado ou que apenas exista original de marca e licenças;
  - Justificação técnica do prescriptor quanto à insuscetibilidade de substituição do medicamento prescrito.

Estas justificações técnicas compreendem margem ou índice terapêutico estreito (alínea a), reação adversa prévia (alínea b) e continuidade de tratamento superior a 28 dias (alínea c) e têm que ser referidas nas receitas.

O utente possui direito de opção, nas situações previstas na alínea c), desde que tenha um preço inferior e sejam medicamentos similares ao prescrito.

- f) Dosagem, forma farmacêutica, dimensão da embalagem (apresentação), número de embalagens a posologia e ainda o código nacional para a prescrição eletrónica de medicamentos.

Cada receita apenas pode ter prescritos até quatro medicamentos distintos, sendo que no máximo podem ser prescritos duas embalagens por medicamento. Caso estes se apresentem sob a forma de embalagem unitária podem ser prescritas no máximo quatro embalagens do mesmo ou até 12 caso esteja dividida pelas três vias (medicamentos de longa duração);

- g) Data da prescrição:

- Uma receita não renovável é válida pelo prazo de trinta dias seguidos, contados a partir da data da sua emissão;
- Uma receita renovável possui um prazo de validade de seis meses, contados a partir da data da sua emissão. Sendo que esta contém até três vias e onde apenas podem ser prescritos medicamentos para tratamentos de longa duração.

- h) Assinatura do prescriptor.

É preciso ter em atenção que numa receita manual, no local onde se encontra a identificação do prescriptor é necessário estar a respetiva vinheta. No que toca às unidades do SNS, caso a prescrição se destine a um utente pensionista abrangido pelo regime especial, deverá ser anexada a vinheta de cor verde de identificação da unidade de saúde. No que toca aos consultórios e/ou médicos particulares, o local também deve estar identificado, com o número de local de prescrição registado no Portal de Requisição de Vinhetas e Receitas (PRVR), mediante vinheta ou adjunção do respetivo código (ACSS e INFARMED, 2019b; Ministério Da Saúde. Portaria n.º 224/2015, de 27 de Julho. Diário Da República n.º 144/2015, Série I, 2015).

Como já foi referido anteriormente o médico deve sempre assinalar, no canto superior direito, qual foi a exceção legal que motivou a prescrição manual, sendo que o farmacêutico deve sempre confirmar que a mesma se encontra preenchida. A receita manual é válida por trinta dias, contados a partir da data da sua emissão, sendo que é necessário confirmar a data da prescrição assim com a assinatura do médico prescriptor. É importante também a confirmação dos dados do utente, assim com da designação do medicamento e das respetivas participações especiais. Existem ainda certas especificidades relativas a uma receita manual que são muito importantes. Estas não podem possuir rasuras, caligrafias diferentes e não podem ser prescritas com canetas diferentes ou a lápis. Não é autorizada mais do que uma via da receita manual. Quando a receita

não especifica a dimensão da embalagem, deve ser dispensada a embalagem de menor dimensão disponível no mercado.

Durante o meu estágio na FT, houve a possibilidade de contactar com as duas formas de receita supracitadas.

### **5.1.2**

## **Avaliação/Interpretação**

O Farmacêutico deve avaliar toda a prescrição do ponto de vista farmacoterapêutico. Averiguando a necessidade do medicamento, a adequação do mesmo ao doente (contra-indicações, interações, alergias, intolerâncias, etc.). É também importante verificar a adequação da posologia (dose, frequência e duração do tratamento). Deve-se ter em atenção as condições de administração do medicamento (aspectos legais, sociais e económicos). Sempre que necessário, o farmacêutico deve contactar o médico prescriptor no sentido de solucionar os eventuais problemas relacionados com os medicamentos que o mesmo tenha reconhecido. De maneira a conseguir uma melhor avaliação da prescrição, o farmacêutico pode sempre colocar questões ao utente ou visualizar o histórico de medicação do mesmo conseguindo assim obter uma maior informação, de maneira a que exista uma toma segura da medicação (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF), 2009). Após a interpretação da prescrição, o dever do farmacêutico passa também por transmitir ao utente toda a informação pertinente de maneira a que haja o uso racional do medicamento.

## **5.2 Regimes de participação**

### **5.2.1 Participação do Estado**

Os grupos e subgrupos farmacoterapêuticos de medicamentos que podem ser objeto de participação e os respetivos escalões de participação são descritos pela Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de Junho. Os diferentes escalões de participação são os seguintes:

- Escalão A - 90 % do PVP dos medicamentos;
- Escalão B - 69 % do PVP dos medicamentos;
- Escalão C - 37 % do PVP dos medicamentos;
- Escalão D - 15 % do PVP dos medicamentos.

Na portaria supracitada estão descritos todos os medicamentos incluídos em cada escalão de participação. Consoante sejam prescritos e dispensados pelos estabelecimentos e serviços de saúde integrados no SNS, em situações de internamento ou em regime de ambulatório, ou dispensados pelas farmácias de oficina certos medicamentos podem possuir participação de um ou de outro escalão (Ministério Da Saúde. Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de Junho. Diário Da República n.º 125/2015, 10 Suplemento, Série I, 2015).

### **5.2.2 Regimes excecionais de comparticipação**

Os regimes excecionais de comparticipação possuem conjunturas específicas relacionadas à prescrição, como por exemplo, a especialidade do médico prescriptor, a patologia ou grupo de doentes, entre outros. Sendo que estes regimes de comparticipação estão presentes em Portarias específicas. Estes são aplicáveis tanto na dispensa a nível dos serviços farmacêuticos hospitalares do SNS, quer à dispensa em farmácia comunitária.

As patologias e condições abrangidas por estes regimes excecionais são as seguintes:

- Artrite reumatóide, Artrite idiopática juvenil, Artrite psoriática e Espondiloartrites - comparticipação de 100%;
- Doença de Alzheimer – comparticipação de 37%.
- Doença inflamatória intestinal - comparticipação de 90%;
- Dor crónica não oncológica moderada a forte - comparticipação de 90%;
- Dor oncológica moderada a forte - comparticipação de 90%;
- Hemofilia – comparticipação de 100%.
- Hemoglobinopatia – comparticipação de 100%.
- Hidradenite supurativa (hidrosadenite supurativa ou acne inversa) comparticipação de 100%;
- Ictiose - comparticipação de 90%;
- Lúpus – comparticipação de 100%.
- Paramiloidose – comparticipação de 100%.
- Procriação medicamente assistida - comparticipação de 69%;
- Psicose maníaco-depressiva - comparticipação de 100%;
- Psoríase - comparticipação de 90% (INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP, 2022)

### **5.2.3 Comparticipação de produtos destinados ao autocontrolo da diabetes *mellitus***

As agulhas, seringas e lancetas destinadas ao controlo da diabetes possuem uma comparticipação de 100% do PVP e as tiras-teste usadas para determinação de glicemia, cetonemia e cetonúria possuem uma comparticipação de 85% do PVP (ACSS e INFARMED, 2019a). Durante o meu estágio na FT pude verificar que a aquisição destes produtos é bastante frequente.

### **5.2.4 Outros regimes especiais de comparticipação**

Existem ainda outros regimes especiais de comparticipação como por exemplo:

- Os produtos dietéticos são dispensados com a comparticipação de 100% do seu PVP, desde que prescritos no Instituto de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães ou nos centros de tratamento dos hospitais protocolados com o referido Instituto;
- Os medicamentos manipulados comparticipados são comparticipados em 30% do seu preço.
- As câmaras expansoras possuem uma comparticipação de 80% do PVP, não podendo esta exceder 28€, e é limitada a uma câmara expansora, por utente, por cada período de um ano.
- A comparticipação de dispositivos médicos de apoio a doentes ostomizados e /ou com incontinência / retenção urinária têm uma comparticipação de 100% do seu PVP, desde que sejam destinadas a beneficiários do SNS e que apresentem prescrição médica emitida por entidades do SNS (ACSS e INFARMED, 2019a).

### **5.2.5 Protocolo de colaboração Solidariedade e Saúde entre o município da Guarda e as farmácias do concelho**

Desde 2016 que foi estabelecido pelo Município da Guarda um protocolo que aponta para a prevenção de uma situação de desigualdade, de privação promovendo assim a solidariedade e a equidade. Nas farmácias do município os integrantes deste programa usufruem de uma comparticipação de 75%. O desconto é direto e o utente paga à Farmácia a parte remanescente, descontadas as participações do SNS. O cartão Solidariedade e Saúde é atribuído a indivíduos em situações de carência socioeconómica, sendo que o beneficiário deve realizar uma prova anualmente, junto do Município da Guarda, demonstrando que reúne as condições para continuidade de usufruto do benefício. Na farmácia o utente tem que se fazer acompanhar do cartão Solidariedade e Saúde, onde se encontra a sua fotografia e o seu número de utente no referido programa.

A farmácia deve fazer a fatura mensal acompanhar-se dos respetivos recibos que comprovam a atribuição das comparticipações e enviar ao Município da Guarda até ao dia 8 de cada mês, respeitante ao mês anterior, para que seja reembolsada da comparticipação. Este cartão facilita o acesso ao medicamento dos munícipes com uma situação socioeconómica mais delicada aumentando assim a qualidade de vida dos mesmos (Regulamento n.º 664/2016, de 14 de Julho. Diário Da República, Série II — N.º 134, 2016).

### **5.3 Dispensa de psicotrópicos/estupefacientes**

Na tabela I e II do Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro, e n.º 1 do artigo 86.º do Decreto-Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro encontram-se as substâncias ativas classificadas como estupefacientes ou psicotrópicos. Este tipo de medicamentos possuem uma dispensa

diferentes dos restantes, caso haja uma prescrição materializada ou manual (Anexo 8), estes medicamentos têm de ser prescritos isoladamente em receita do tipo RE, isto é, prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo. No caso da prescrição desmaterializada, a linha de prescrição é do tipo LE, isto é, linha de prescrição de psicotrópicos e estupefacientes sujeitos a controlo. Independente do tipo de prescrição, o farmacêutico deve sempre registar:

- Identificação do doente ou seu representante (Nome, data de nascimento, número e data do bilhete de identidade ou da carta de condução ou número do cartão do cidadão, número do passaporte no caso de cidadãos estrangeiros);
- Número da prescrição;
- Identificação da farmácia (Nome da farmácia e o número de conferência de faturas);
- Número de registo e quantidade dispensada;
- Data da dispensa.

Para além deste registo é necessário guardar o mesmo na farmácia, juntamente com uma cópia da prescrição manual ou materializada, durante um período de 3 anos. O utente ou o seu representante, no caso de uma prescrição manual ou materializada, assinam no verso da receita ou caso o utente ou o representante não saiba assinar o farmacêutico transmite essa menção. Nas prescrições desmaterializadas, a dispensa é apenas permitida online. O controlo destes medicamentos é feito informaticamente, a farmácia apenas tem de enviar ao Infarmed a digitalização das receitas manuais, até ao dia oito do mês a seguir à dispensa (Ministério Da Justiça. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Diário Da República n.º 18/1993, Série I-A, 1993; Ministério Da Justiça. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Diário Da República n.º 236/1994, Série I-B, 1994).

#### **5.4 Dispensa e aconselhamento de MNSRM de dispensa exclusiva em farmácia (MNSRM-EF)**

Os medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia incluem determinadas condições que se encontram discriminadas em protocolos de dispensa. Alguns medicamentos, apesar de serem MNSRM, são de dispensa exclusiva em farmácia, independentemente da prescrição. Estes medicamentos de dispensa exclusiva em farmácia constam na Deliberação n.º 24/CD/2014, sendo eles: paracetamol + codeína + buclizina, cianocobalamina, ácido salicílico + fluorouracilo, ácido salicílico + fluorouracilo + ácido láctico e lidocaína + prilocaína (Infarmed. Deliberação n.º 24/CD/2014, de 3 de Julho., 2014). Durante a dispensa de MNSRM-EF, os profissionais de saúde precisam de ter em atenção os respetivos protocolos de dispensa, para que desta maneira possam aconselhar corretamente acerca destes medicamentos. Os protocolos de dispensa encontram-se disponíveis no site do INFARMED. Em cada protocolo encontra-se indicado a classe farmacológica, a condição de dispensa, a via de administração, informação

complementar à dispensa, situações/patologias onde é contraindicada ou não recomendada, possíveis interações medicamentosas e informações úteis à dispensa (Anexo 9).

## **6 Automedicação**

A automedicação é a instituição de uma terapêutica medicamentosa por decisão própria. Sendo que o farmacêutico nestas ocasiões deve orientar o uso ou não do medicamento requerido pelo utente para que desta forma a automedicação se efetue em segurança e com o uso racional do medicamento (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF), 2009).

Segundo o Despacho n.º 17690/2007, de 10 de agosto, a automedicação é o uso de MNSRM sempre que tenha como finalidade o tratamento e/ou alívio de queixas de saúde sem gravidade com ajuda ou aconselhamento, opcional, do profissional de saúde. É importante que esta prática se encontre limitada a casos clínicos definidos e sempre de acordo com as especificações de cada medicamento. Neste despacho consta uma lista com as situações passíveis de medicação (Anexo 10) (Ministério Da Saúde. Despacho n.º 17690/2007, de 10 de Agosto. Diário Da República n.º 154/2007, Série II, 2007).

Não só é importante o profissional de saúde saber aconselhar sobre estas situações mas também ser capaz de identificar situações que de início aparentam ser simples mas que podem necessitar ser encaminhados para cuidados de saúde especializados.

### **6.1 Distinção entre MSRM e MNSRM**

Como já foi referido anteriormente os medicamentos podem ser categorizados em MNSRM e MSRM.

Segundo o artigo 114º do Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro, encontram-se sujeitos a prescrição médica os medicamentos que preencham uma das seguintes condições:

- Possam consistir um risco para a saúde do utente, direta ou indiretamente, mesmo quando utilizados para o fim a que se destinam, caso sejam empregues sem vigilância médica;
- Possam representar um risco, direto ou indireto, para a saúde, quando sejam utilizados com regularidade em quantidades consideráveis para fins diferentes daquele a que se destinam;
- Conttenham substâncias, ou preparações à base dessas substâncias, cuja atividade ou efeitos adversos seja imprescindível aprofundar;
- Caso se destinem a ser administrados por via parentérica.

Pelo contrário os MNSRM são aqueles que não preenchem nenhuma das condições supracitadas (Ministério Da Saúde. Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro. Diário Da República n.º 32/2013, Série I, 2013).

### **6.2 Riscos da automedicação**

A automedicação é muitas vezes iniciada por aconselhamento de familiares, amigos e por vezes também por dificuldades no acesso aos cuidados de saúde entre outras. Caso exista uma falta de conhecimento e/ou um aconselhamento desapropriado pode consistir no uso irracional do medicamento e possuir diversos riscos como por exemplo:

- A dissimulação de patologias mais graves;
- Interações medicamentosas;
- Efeitos adversos.

### **6.3 Quadros que podem ser abordados com medidas não farmacológicas**

As medidas não farmacológicas só por si ou acompanhadas por um tratamento farmacológico são indispensáveis para a recuperação na maior parte dos problemas de saúde mais leves (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF), 2009). Algumas situações que podem ser auxiliadas com este tipo de medidas são por exemplo casos de obstrução nasal em que é aconselhado realizar-se vapores usando uma taça com água quente e tapando a cabeça com uma toalha, o aumento da ingestão líquidos de forma a fluidificar as secreções e de maneira a facilitar a respiração, na cama, deve-se colocar a cabeça numa posição mais elevada em relação ao resto do corpo. Em casos como a diarreia, é muito importante a ingestão de líquidos e soluções de eletrólitos de forma a corrigir a perda dos mesmos, e não menos importante o repouso.

### **6.4 Indicação farmacêutica de um MNSRM**

No que toca à cedência de MNSRM, o farmacêutico é o responsável pela escolha de um medicamento de forma a melhorar um problema de saúde de menor gravidade, autolimitante, de duração curta e que não mostre relação com outras situações clínicas do doente. Posteriormente à recolha da informação acerca do utente cabe ao farmacêutico optar a dispensa de um MNSRM ou o encaminhamento do utente para o médico ou a outro profissional de saúde (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF), 2009). É muito importante aquando da dispensa de um MNSRM completar o aconselhamento com medidas não farmacológicas, caso seja possível, e indicações sobre o uso racional do medicamento. Durante o decorrer do meu estágio, as situações mais comuns em relação à dispensa de MNSRM foram sobretudo, infeções fúngicas das unhas, dificuldade em adormecer, tosse (sem ou com expetoração), estados gripais, alergias.

## **7 Aconselhamento e dispensa de outros produtos de saúde**

### **7.1 Produtos dermocosméticos**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro, um produto cosmético é “qualquer substância ou preparação destinada a ser posta em contacto com as diversas partes superficiais do corpo humano, designadamente epiderme, sistemas piloso e capilar, unhas, lábios e órgãos genitais externos, ou com os dentes e as mucosas bucais, com a finalidade de, exclusiva ou principalmente, os limpar, perfumar, modificar o seu aspeto, proteger, manter em bom estado ou de corrigir os odores corporais” (Ministério Da Saúde. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro. Diário Da República n.º 185/2008, Série I, 2008). Esta classe de produtos inclui produtos de higiene (géis de banho, champôs, géis de banho, sabonetes, desodorizantes, pastas dentífricas) e produtos de beleza (vernizes, maquilhagem, protetores solares tintas capilares) entre outros produtos. Na FT existem diversas gamas de produtos como por exemplo: La Roche-Posay®, Avène®, Uriage®, Vichy®, Ducray®, Vitis®, Elgydium®, Corega® entre outras. Há também uma seção relativa ao cuidado dos bebés que inclui gamas como: Mustela®, Isdin®, Chicco®, Halibut® entre outras.

### **7.2 Produtos dietéticos para alimentação**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 216/2008 os alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos consistem numa “categoria de géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial, sujeitos a processamento ou formulação especial, com vista a satisfazer as necessidades nutricionais de pacientes e para consumo sob supervisão médica, destinando-se à alimentação exclusiva ou parcial de pacientes com capacidade limitada, diminuída ou alterada para ingerir, digerir, absorver, metabolizar ou excretar géneros alimentícios correntes ou alguns dos nutrientes neles contidos ou seus metabólicos, ou cujo estado de saúde determina necessidades nutricionais particulares que não géneros alimentícios destinados a uma alimentação especial ou por uma combinação de ambos”.

Os alimentos dietéticos destinados a fins medicinais específicos categorizados segundo três categorias:

- 1) Produtos alimentares nutricionalmente completos (fórmula dietética padrão), que caso sejam consumidos de acordo com as instruções do fabricante, podem ser a única fonte alimentar dos indivíduos aos quais se destinam;

- 2) Produtos alimentares nutricionalmente completos em que a fórmula dietética é adaptada a uma patologia, anomalia ou situação sanitária específica, que caso sejam consumidos de acordo com as instruções do fabricante, podem ser a única fonte alimentar dos indivíduos aos quais se destinam;
- 3) Produtos alimentares nutricionalmente incompletos em que a fórmula dietética é adaptada a uma patologia, anomalia, situação sanitária específica ou é uma fórmula padrão, os quais não são indicados como fonte alimentar exclusiva (Ministério Da Agricultura Desenvolvimento Rural e Pescas. Decreto-Lei n.º216/2008, de 11 de Novembro. Diário Da República n.º 219/2008, Série I, 2008).

Durante o estágio na FT tive oportunidade de contactar com gamas como a Fresubin® e a Nestlé®.

### **7.3 Fitoterapia e suplementos nutricionais (nutracêuticos)**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho, alterado pelo Decreto-Lei n.º 118/2015 de 28 de Junho, os suplementos são “os géneros alimentícios que se destinam a complementar e ou suplementar o regime alimentar normal e que constituem fontes concentradas de determinadas substâncias nutrientes ou outras com efeito nutricional ou fisiológico, estemes ou combinadas, comercializadas em forma doseada”. A entidade responsável pela definição, execução e avaliação das políticas de segurança alimentar é a Direção-Geral de Alimentação e Veterinária (Ministério Da Agricultura Desenvolvimento Rural e Pescas. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho. Diário Da República n.º 147/2003, Série I-A, 2003).

Cada vez é mais frequente a preferência por medicamentos à base de plantas ou suplementos nutricionais naturais para tratar ou prevenir os diferentes problemas que afetam o corpo humano. Na FT existem diversas gamas como por exemplo Apoteca Natura®, Bekunis®, Ceregumil® entre outras.

### **7.4 Medicamentos de uso veterinário e produtos de uso veterinário**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 314/2009 de 28 de Outubro, um medicamento veterinário consiste em “toda a substância, ou associação de substâncias, apresentada como possuindo propriedades curativas ou preventivas de doenças em animais ou dos seus sintomas, ou que possa ser utilizada ou administrada no animal com vista a estabelecer um diagnóstico médico-veterinário ou, exercendo uma ação farmacológica, imunológica ou metabólica, a restaurar, corrigir ou modificar funções fisiológicas” (Ministério Da Agricultura, Do Desenvolvimento Rural e Das Pescas. Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de Outubro. Diário Da República n.º 209/2009, Série I, 2009).

Um produto de uso veterinário é a substância ou mistura de substâncias que não possui indicações terapêuticas ou profiláticas que se destina:

- Para a promoção do bem-estar e estado higiossanitário, auxiliando ações de tratamento, de profilaxia ou de manejo zootécnico, nomeadamente o da reprodução;
- Ao diagnóstico médico-veterinário;
- Ao ambiente que rodeia os animais.

Estes produtos podem ser registados em consoante a sua atividade e composição, pelo que existem as seguintes categoria:

- Auxiliares de ações de tratamento ou de profilaxia nos animais;
- Reguladores de condições apropriadas no ambiente que circunda os animais, particularmente os de ação desodorizante;
- Produtos destinados à higiene (incluindo a higiene oral, ocular, otológica e genital), embelezamento e proteção dos animais (da pele, pêlo e fâneros);
- *Kits* de diagnóstico rápido de doenças dos animais;
- Condicionadores de comportamento fisiológico e reprodutivo dos animais (Direção Geral de Alimentação e Veterinária, 2021).

Durante o decorrer do estágio tive contacto com diversos medicamentos de uso veterinário e produto de uso veterinário como por exemplo Drontal® (usado para desparasitação interna), Frontline Combo® (protege contra pulgas, piolhos e carraças sendo de aplicação cutânea), Coleira Scalibor® (apenas para cães, protegendo o animal contra flebótomos e também contra carraças e mosquitos), Megecat® (principalmente na prevenção e regulação do estro nas gatas), Pilusoft® (prevenção do estro na cadela e na gata), entre outros.

## 7.5 Dispositivos médicos

De acordo com o Decreto-Lei nº. 145/2009, de 17 de Junho, um dispositivo médico é um “aparelho, equipamento, *software*, material ou artigo utilizado isoladamente ou em combinação, incluindo o *software* destinado pelo seu fabricante a ser utilizado especificamente para fins de diagnóstico ou terapêuticos e que seja necessário para o bom funcionamento do dispositivo médico, cujo principal efeito pretendido no corpo humano não seja alcançado por meios farmacológicos, imunológicos ou metabólicos, embora a sua função possa ser apoiada por esses meios, destinado pelo fabricante a ser utilizado em seres humanos para fins de:

- Diagnóstico, prevenção, controlo, tratamento ou atenuação de uma doença;
- Diagnóstico, controlo, tratamento, atenuação ou compensação de uma lesão ou de uma deficiência;
- Estudo, substituição ou alteração da anatomia ou de um processo fisiológico;

- Controlo da conceção” (Ministério Da Saúde. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho. Diário Da República n.º 115/2009, Série I, 2009).

Existem várias classes de dispositivos médicos, sendo que a sua classificação esta de acordo com os potenciais riscos inerentes, os possíveis incidentes relacionados com as características e/ou funcionamento do dispositivo, bem como a duração do contacto do dispositivo com o corpo humano, a invasibilidade no corpo humano e a anatomia afetada pela uso do dispositivo (Anexo 11). Sendo classificados em: Classe I - baixo risco; Classe IIa - baixo médio risco; Classe IIb - alto médio risco e Classe III - alto risco (INFARMED, 2016). Com exceção dos dispositivos feitos por medida e daqueles que são destinados à investigação clínica, os dispositivos médicos têm que possuir a marcação *Conformité Européene* como sinal da sua conformidade com os requisitos fundamentais que que lhe são aplicáveis, para puderem ser colocados no Mercado Europeu (INFARMED, 2009).

No decorrer do estágio pude observar que os dispositivos médicos mais solicitados foram: sacos para ostomia, meias de compressão, pensos rápidos, compressas, canetas de insulina.

## **8 Outros cuidados de saúde prestados na farmácia**

### **8.1 Serviços farmacêuticos**

Em adição às atividades relativas aos medicamentos, a farmácia comunitária oferece aos demais utentes serviços e cuidados farmacêuticos. Parâmetros como o peso e altura possibilitam que se calcule o IMC. São medidos através de uma balança eletrónica que o utente pode usar sozinho ou ser coadjuvado pelo farmacêutico. No fim o equipamento emite um talão onde se pode observar toda a informação relativa às medições e onde se alerta o doente caso não se encontre dentro dos valores normais de referência. Na FT, durante o meu estágio curricular observei e participei na medição da pressão arterial, glicémia, uma vez que são os mais requisitados pelos utentes.

### **8.2 Outros serviços disponibilizados**

#### **8.2.1 Medição de parâmetros bioquímicos**

##### **8.2.1.1 Medição da glicémia capilar**

Durante a execução da medição da glicémia devemos convidar o utente a entrar no gabinete e a sentar-se, o farmacêutico deve questionar se o utente se encontra em jejum ou não de forma a interpretar corretamente os valores da medição. Em seguida prepara-se o material que vai ser utilizado, efetua-se a higiene das mãos e colocam-se as luvas. Posteriormente liga-se o aparelho de forma a permitir a calibração e introduz-se a tira no glucómetro. É necessário proceder

sempre à verificação da validade das tiras. Deve-se desinfetar a região lateral de um dos dedos do utente (com álcool a 70%) da mão não dominante e em seguida usar o porta lancetas para retirar amostra suficiente para a tira. Finalmente o material deve ser descartado nos locais indicados.

Os valores de referência em jejum são <126 mg/dL e em pós-prandial são <140 mg/dL (Diagnóstico e Classificação Da Diabetes Mellitus Médicos e Enfermeiros Do Serviço Nacional de Saúde Departamento Da Qualidade Na Saúde (Dqs@dgs.Pt) -Programa Nacional de Prevenção e Controlo Da Diabetes (Diabetes@dgs.Pt) Digitally Signed, 2011). Na eventualidade de se obterem valores superiores aos de referência, o profissional de saúde deve promover melhorias no estilo de vida do utente como por exemplo a cessação de tabaco e álcool, prática de exercício físico (pelo menos uma caminhada diária, durante trinta minutos), adotar uma dieta equilibrada. Em caso de valores muito anormais deve-se reencaminhar para o médico.

### **8.2.1.2 Medição da pressão arterial**

A medição da pressão arterial pode ser realizada na balança eletrónica ou no gabinete com auxílio de um aparelho eletrónico de medição automática.

Tal como no procedimento anterior o utente deve ser convidado a entrar no gabinete sentar-se com as costas apoiadas e as pernas não cruzadas. Ao explicar o procedimento, o profissional de saúde deve questionar se o utente veio a pé ou de carro, se fumou ou tomou café nos 30 minutos que antecederam a consulta. Passados 5 minutos, deve-se pedir ao utente para expor o braço e retirar quaisquer peças de vestuário que possam estar a apertar o braço, como por exemplo relógios. Posteriormente ajusta-se a braçadeira e liga-se o dispositivo. Para finalizar, os valores são registados no cartão para que o utente possa ir controlando os seus valores.

Os valores de referência são <140/90 mmHg. Caso os valores sejam superiores o farmacêutico deve conversar com o utente para conseguir perceber se é comum apresentar algum valor alterado, avaliar a adesão à terapêutica, questionar sobre a medicação e aconselhar sobre a importância de medidas não farmacológicas, como adoção de uma alimentação equilibrada a importância da atividade física (Hipertensão Arterial: Definição e Classificação Profissionais Do Sistema Nacional de Saúde, 2011).

### **8.2.2 Administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no plano nacional de vacinação**

Na FT procede-se à administração de medicamentos injetáveis e de vacinas não incluídas no Plano Nacional de Vacinação. Normalmente as administrações são intramusculares. Em todas as administrações é preciso registar a data de nascimento, nome e lote da vacina/injetável, via de administração, nome do utente e a identificação do farmacêutico que a administrou. A administração de medicamentos injetáveis e vacinas não incluídas no plano nacional de

vacinação encontra-se legislada na Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro (Ministério Da Saúde. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de Novembro. Diário Da República n.º 211/2007, Série I, 2007).

### **8.2.3 Consultas de nutrição**

Em relação às consultas de nutrição e dietética, estas ocorrem todas as terças-feiras e sextas-feiras. Qualquer pessoa pode usufruir deste serviço. Caso a nutricionista ache necessário pode aconselhar a aquisição dos diversos produtos de emagrecimento que se encontram disponíveis na farmácia.

### **8.2.4 PharmaShop 24**

A FT possui na zona exterior da farmácia uma PharmaShop 24, que consiste num distribuidor automático de vendas de produtos de parafarmácia como por exemplo, preservativos, testes de gravidez, produtos para a congestão nasal, dor de garganta, soro fisiológico entre outros (Anexo 12). Esta máquina encontra-se disponível 24 horas por dia pelo que é um ótimo meio de satisfazer algumas das necessidades dos utentes a qualquer hora do dia independentemente do horário de funcionamento da FT. Para além deste horário alargado, permite ainda uma maior privacidade ao utente.

## **9 Preparação de Medicamentos**

### **9.1 Definições**

De acordo com o Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril, um medicamento manipulado é “qualquer fórmula magistral ou preparado oficial preparado e dispensado sob a responsabilidade de um farmacêutico”, já uma fórmula magistral é, “o medicamento preparado em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares segundo receita médica que especifica o doente a quem o medicamento se destina” e um preparado oficial é “qualquer medicamento preparado segundo as indicações compendiais, de uma farmacopeia ou de um formulário, em farmácia de oficina ou nos serviços farmacêuticos hospitalares, destinado a ser dispensado diretamente aos doentes assistidos por essa farmácia ou serviço” (Ministério Da Saúde. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de Abril. Diário Da República n.º 95/2004, Série I-A, 2004). Graças ao desenvolvimento da indústria farmacêutica, são cada vez menos os medicamentos manipulados pedidos às farmácias comunitárias. No que toca a manipulados que exijam processos mais complexos para a sua preparação existe uma colaboração com outras farmácias.

Durante o meu estágio curricular na FT, sempre sob a supervisão da DT, tive a oportunidade de realizar dois manipulados diferentes, uma solução alcoólica 70% saturada de ácido bórico e algumas pomadas de vaselina com enxofre a 6% (Anexo 13 e 14).

## **9.2 Considerações gerais sobre boas práticas a observar na preparação de medicamentos manipulados em farmácia de oficina**

Segundo o descrito na Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho, apenas o farmacêutico DT ou outro profissional qualificado sob a sua supervisão e controlo pode realizar a preparação de fórmulas magistrais ou de preparados officinais. Sendo que sobre ele recai toda a responsabilidade das preparações dos medicamentos que se realizem na farmácia (Ministério Da Saúde. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. Diário Da República n.º 129/2004, Série I-B, 2004).

É necessário que se cumpram regras específicas no que toca às instalações e equipamentos a usar, as matérias-primas, materiais de acondicionamento, controlo de qualidade, rotulagem, documentação e também o pessoal de forma a que toda a preparação se realize sob segurança e seguindo as boas práticas dos medicamentos.

## **9.3 Prescrição e dispensa de medicamentos manipulados**

No que toca à prescrição eletrónica materializada ou manual, os manipulados necessitam de ser prescritos isoladamente, sendo que não podem ser prescritos em receita renovável. Na prescrição eletrónica materializada deve constar que é tipo MM (receita de medicamentos manipulados) enquanto que na linha da prescrição desmaterializada deve constar que é do tipo LMM (linha de prescrição de medicamentos manipulados). A validade da prescrição é de 30 dias seguidos no caso da prescrição eletrónica materializada e de 60 dias seguidos no caso seja eletrónica desmaterializada, contabilizada a partir da data da sua emissão. Cada linha de prescrição pode conter até duas embalagens de um medicamento manipulado e em cada prescrição podem ser prescritos até quatro medicamentos manipulados distintos (ACSS e INFARMED, 2019b).

## **9.4 Cálculo do preço dos medicamentos manipulados**

Conforme a Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho, o cálculo do PVP dos medicamentos manipulados é composto pelo valor dos honorários, o valor dos materiais de embalagem e o valor das matérias-primas. No que toca ao cálculo do valor dos honorários, existe um fator F de valor fixo (que vai sendo atualizado anualmente), este será multiplicado em função das formas farmacêuticas, quantidades preparadas, complexidade da técnica e do tempo de preparação. No que toca ao cálculo das matérias-primas e dos materiais de embalagem este é decidido com

base no valor de aquisição (Ministérios Da Economia e Da Saúde. Portaria n.º 769/2004, de 1 de Julho. Diário Da República n.º 153/2004, Série I-B, 2004).

## **9.5 Preparações extemporâneas**

As preparações extemporâneas são medicamentos em forma de pó ou grânulos que após a adição de água purificada possuem baixa estabilidade e por isso são preparados no ato dispensa. Durante o estágio preparei essencialmente suspensões de antibióticos para uso pediátrico. Para a preparação o farmacêutico deve desinfetar as mãos em seguida colocar 2/3 do volume total de água purificada, agitar vigorosamente e por último completar com a água purificada até à linha de referência. Durante a dispensa o farmacêutico deve ter o cuidado de alertar o utente acerca das condições de armazenamento (conservar num local com temperatura adequada sendo importante referir que não se deve armazenar na porta do frigorífico uma vez que é o local onde ocorrem as maiores oscilações de temperatura). É também importante alertar sobre os procedimentos antes da administração (agitar bem antes de utilizar) e sobre o prazo de validade (até catorze dias caso seja bem armazenada).

## **9.6 Rotulagem e enquadramento legal**

O medicamento manipulado deve possuir um rótulo que deve fornecer toda a informação necessária ao doente, onde deve constar:

- Nome do doente (se for uma fórmula magistral);
- Fórmula do medicamento manipulado prescrita pelo médico;
- Número do lote atribuído;
- Prazo de utilização;
- Condições de conservação;
- Instruções especiais, que possam ser indispensáveis para a utilização do medicamento, como por exemplo, «agite antes de usar», «uso externo» (em fundo vermelho), etc.;
- Via de administração;
- Posologia;
- Identificação da farmácia;
- Identificação do farmacêutico DT (Ministério Da Saúde. Portaria n.º 594/2004, de 2 de Junho. Diário Da República n.º 129/2004, Série I-B, 2004).

## **9.7 Atribuição da validade ao produto acabado**

Segundo o Formulário Galénico Português, o qual pude consultar durante o estágio, estão descritas as normas gerais para atribuição dos prazos de validade dos medicamentos manipulados:

- Preparações líquidas não aquosas e preparações sólidas

Nos casos em que a origem da substância ativa seja um produto industrializado, o prazo de utilização do medicamento manipulado deve ser igual a 25% do tempo que resta para expirar o prazo de validade do produto industrializado. Se o prazo calculado for superior a seis meses, deve assumir-se um prazo de utilização de seis meses. Da mesma forma, quando a substância ativa se baseia numa matéria-prima individualizada (não é derivada de um produto industrializado), o prazo de utilização do medicamento manipulado não deverá exceder seis meses.

- Preparações líquidas que contêm água (preparadas com substâncias ativas no estado sólido)

O prazo de utilização não pode ser superior a catorze dias. Sendo que deve ser conservado no frigorífico.

- Restantes preparações

Nos restantes casos, o prazo de utilização do manipulado corresponde à duração do tratamento, tendo em atenção de que, caso esse exceda os trinta dias, o prazo é no máximo de trinta dias (Formulário Galénico Português (FGP), 2005).

## **9.8 Bibliografia adequada e necessária para a preparação de manipulados**

No que toca à preparação de medicamentos manipulados esta deve consistir na prescrição, formulários galénicos, farmacopeias, ou outra fonte bibliográfica adequada (Conselho Nacional Da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas Para a Farmácia Comunitária (BPF), 2009).

## **10 Contabilidade e gestão**

### **10.1 Processamento e receituário**

É fundamental a verificação de todo o receituário após a dispensa dos medicamentos. Na FT existem duas Técnicas de Farmácia responsáveis por esta verificação. Confirmam novamente se as receitas preenchem os requisitos necessários para serem válidas, tendo estes sido referidos anteriormente (ponto 5.1.1). Verificam o(s) medicamento(s) prescrito(s) e o(s) dispensado(s), a sua dosagem (ns), forma(s) farmacêutica(s), dimensão (ões) da(s) embalagem(ns), o preço total do(s) mesmo(s), o valor total da receita, a parte correspondente ao utente tanto por medicamento como no total, a data da dispensa e o dia da prescrição, o lote em que a receita foi faturada, a informação do direito de opção do utente (quando aplicável), a assinatura do utente e a assinatura do responsável pela dispensa e a existência da assinatura do médico. Na parte final o Farmacêutico assina, coloca a data da dispensa da prescrição e carimba.

Posteriormente à verificação de todo o receituário, efetuam a organização por organismo de participação. Em seguida, ocorre a separação do receituário por lotes, sendo que cada um contém até trinta receitas, cuja numeração é determinada pelo sistema informático (desde a receita número um até à número trinta). Por fim são enviadas para o centro de conferência de faturas, até ao dia 10 do mês seguinte. Desta maneira o Estado paga às farmácias o valor de participação dos medicamentos que foram dispensados. Assim que se fecham os lotes são impressos verbetes e autenticados pelo carimbo da Farmácia e anexados aos respetivos lotes. Posto isto, os verbetes dos lotes do SNS são enviados para o centro de conferência de faturas e os restantes lotes das outras entidades para a Associação Nacional das Farmácias uma vez que é a responsável pela distribuição pelas restantes entidades e conseqüentemente pela devolução do valor de participação às farmácias (Ministério Da Saúde. Portaria n.º 223/2015, de 27 de Julho. Diário Da República n.º 144/2015, Série I, 2015).

Durante o meu estágio curricular tive a oportunidade de participar na organização e separação do receituário sempre sob supervisão.

## **10.2 Formação dos recursos humanos**

Todos os profissionais de saúde devem manter-se sempre atualizados no que toca aos parâmetros éticos e legais aplicáveis à FC mas é também muito importante manterem-se atualizados no que toca ao conhecimento científico. É portanto fundamental a formação contínua quer a nível individual quer as formações de produtos que são realizadas pelas empresas que os comercializam.

Durante o meu estágio na FT tive a oportunidade de assistir a diversas formações sobre novos produtos. Como por exemplo formação da Zambon® sobre o Xebevir A21 (suplemento alimentar que atua no sistema imunitário), uma formação da Tilman® sobre alguns dos seus produtos fitoterapêuticos, uma formação da Exeltis® sobre contraceção e hiperplasia benigna da próstata, da Apoteca Natura® entre outras.

## **11 Outras atividades**

Durante o mês de Maio decorreu uma campanha em conjunto com a Apoteca Natura® que consistia na avaliação, através de um questionário, de hábitos alimentares, da prática ou não de exercício físico e também uma análise das medidas corporais de modo a perceber quais os parâmetros que o utente poderia melhorar de modo a viver uma vida mais saudável.

## **12 Contextualização de casos práticos**

### **12.1 Tosse**

Um utente deslocou-se à farmácia com queixas de tosse. Questionei sobre a duração da mesma (mais ou menos uns 4 dias), se era tosse seca ou com expetoração (seca), se possuía irritação na garganta (sim) e se já tinha tomado algo para a tosse (não). Uma vez que a tosse pode ser um sintoma secundário de alguns anti-hipertensores (inibidores da conversão da angiotensina) questionei sobre medicação que realizava habitualmente e pude verificar que o utente não tomava nenhum anti-hipertensor, nem era diabético. Depois de recolher toda a informação necessária o utente foi aconselhado com Grintuss® uma vez que é de origem natural e a tosse pode ser inicialmente seca e tornar-se produtiva e como este atua em ambos os tipos de tosse seria o mais indicado. Possui uma ação protetora, antioxidante (ajuda na irritação) e lubrificante. Recomendou-se a toma de 10 ml de duas a quatro vezes por dia sendo que a última toma dever ser realizada antes de dormir preferencialmente meia hora depois de comer. Foram também aconselhadas umas pastilhas (Strepsils®) com ação anestésica e desinfetante para ajudar na irritação da garganta (uma pastilha a cada duas ou três horas conforme a necessidade, durante no máximo três dias).

### **12.2 Contraceção de emergência**

Deslocou-se uma utente à farmácia, à procura de aconselhamento, já que o preservativo tinha rompido durante a relação sexual e não tinha intenções de engravidar. Questionou-se sobre o tempo que passou desde que ocorreu a relação sexual sendo que a mesma referiu ter sido há menos de 10 horas, perguntou-se se tomava alguma medicação, se tinha algum historial de gravidez ectópica, uma vez que o levonorgestrel não é recomendado em mulheres que estão em risco de gravidez ectópica, já que a mesma se pode desenvolver independentemente da ocorrência de hemorragia uterina. Tendo em conta que a resposta foi negativa, e relação sexual tinha ocorrido há menos de 72 horas foi aconselhada a pilula contraceptiva de emergência Postinor® (levonorgestrel, 1,5mg). Perguntou-se também se a utente se encontrava com episódios de diarreia caso a resposta tivesse sido afirmativa não poderiam ser os comprimidos. A utente foi alertada para o facto de poder sentir náuseas, dor de cabeça, vómitos, dor na região inferior do abdómen, hemorragias irregulares até à próxima menstruação e irregularidades na menstruação. Mencionou-se também que deveria utilizar métodos contraceptivos nas próximas relações sexuais e caso ocorressem vómitos nas três horas que se seguem à toma, deveria tomar outro comprimido (Gedeon Richter, Plc. Postinor: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021).

### **12.3 Dispositivo inalatório**

Uma utente dirigiu-se à farmácia com uma prescrição médica de um Ultibro Breezhale, questionei se era a primeira vez que iria utilizar este dispositivo e a utente respondeu que sim. Este dispositivo é indicado como tratamento broncodilatador de manutenção para alívio dos sintomas em doentes adultos com doença pulmonar obstrutiva crónica.

Sendo que era a primeira vez que a utente ia utilizar este dispositivo foi-lhe pedida permissão para abrir a embalagem de modo a que se pudesse explicar o funcionamento do mesmo. Este possui uma cápsula que contém os dois princípios ativos (maleato de indacaterol e brometo de glicopirrónio). Foi explicado à utente como se utiliza o dispositivo, primeiro remove-se a tampa e abre-se o inalador e coloca-se a cápsula lá dentro em seguida encerra-se esse compartimento, com o dispositivo na vertical pressionam-se os dois botões laterais (uma só vez) de modo a que a cápsula seja perfurada. Posteriormente tem que se expirar profundamente (longe do dispositivo), colocar o aplicador bucal na boca e fechar os lábios firmemente à volta do mesmo, deve realizar uma inspiração rápida e vigorosa. Durante a inalação deve-se ouvir um zumbido. Deve sentir um sabor doce na boca devido ao excipiente presente, que é a lactose. Após a inalação deve sustentar a respiração durante pelo menos dez segundos. No final deve abrir o inalador para confirmar se a cápsula se encontra vazia. Caso não esteja, deve voltar a expirar profundamente e em seguida inalar o medicamento como fez anteriormente (Anexo 15) (Novartis Europharm Limited. Ultibro Breezhaler: Resumo Das Características Do Medicamento, 2021).

### **12.4 Sono**

Uma utente dirigiu-se à farmácia queixando-se de muitas insónias e conseqüentemente cansaço, confessou também que a consulta com o seu médico não seria para breve e queria algo para ajudar durante o tempo em que espera pela consulta. Questionei se desconfiava sobre qual o motivo dessas insónias e a utente disse que se sentia muito ansiosa com os seus problemas e que durante a noite tornava-se pior. Sendo a primeira vez que passava por este período de maior ansiedade foi-lhe aconselhado o Neurexan® que é um produto natural que alivia os sintomas de nervosismo, fadiga e insónia. Isto porque reduz o aumento dos níveis de cortisol ajudando, desta forma, a relaxar. Sendo homeopático não tem interferências com outros medicamentos e pode ser usado durante um período mais longo. Podendo seguir a seguinte posologia colocar um a dois comprimidos por baixo da língua e deixar dissolver, até no máximo 6 vezes ao dia. Foram também aconselhadas medidas de higiene do sono como por exemplo evitar cafeína depois das 14h, tentar que o quarto esteja sem luz e sem ruído, exercício físico regular em horários apropriados, retirar a tecnologia do quarto entre outras.

## **12.5 Infecção urinária**

Uma senhora deslocou-se à farmácia dizendo que tinha uma infecção urinária e se não seria possível dispensar-lhe um antibiótico. Questionei se era frequente apresentar infecções urinárias e quais os seus sintomas (se tinha dor ao urinar, qual a frequência e urgência na micção). Em seguida expliquei que tudo apontava para uma infecção urinária mas apenas poderia ceder um antibiótico com uma receita médica. No entanto caso não conseguisse contactar o médico com rapidez poderia tomar um suplemento à base de arando vermelho e/ou uva ursina (como por exemplo o Cysticlean®, UriColi®, Advancis® Urivial SOS, ou Systelle®). São aconselhados produtos à base de arando vermelho devido à capacidade de expulsar as bactérias que aderem à parede da bexiga e a uva ursina devido às propriedades antissépticas, antibacterianas e diuréticas. Aconselhei também um gel de lavagem íntima (Woman Isdin®) e para beber muita água.

## **13 Conclusão**

O estágio curricular na FT, permitiu-me compreender melhor a importância e o papel do farmacêutico numa farmácia comunitária, sendo que também me proporcionou uma visão global sobre o seu funcionamento. Mais importante de tudo fez-me perceber que a farmácia é sem sombra de dúvidas um pilar fundamental para diversas pessoas.

É muito importante o farmacêutico manter-se atualizado nas diferentes áreas científicas e desenvolver novas aptidões. Mas para se ser um bom farmacêutico é preciso muito mais do que as suas capacidades teóricas, é fundamental este possuir capacidade de comunicação e sensibilidade para com o próximo.

O estágio curricular foi o meu primeiro contacto com a realidade profissional onde pude consolidar muitos dos conhecimentos que me foram instruídos ao longo do curso e aprender muito mais com a prática e com os profissionais de saúde da FT. Na minha perspectiva a experiência mais desafiante do meu estágio foi a transição para o atendimento ao público. O contacto com os utentes, o receio de cometer erros e as diversas vezes que saí da minha zona de conforto, mas tudo isto me fez crescer tanto a nível profissional como pessoal.

Para terminar gostaria de deixar o meu agradecimento especial a toda equipa da FT, por me terem acolhido, por todos os desafios e receios que me ajudaram superar, pela alegria contagiante, por se mostrarem sempre disponíveis para responder às minhas dúvidas e sobretudo pela vontade que tiveram de me ensinar.

## Referências bibliográficas

- Gedeon Richter, Plc. *Postinor: resumo das características do medicamento*, (aprovado em 06-08-2021, pelo INFARMED) Gedeon Richter Plc.; 2021.
- Novartis Europharm Limited. *Ultibro Breezhaler: resumo das características do medicamento*, (aprovado pela ema) Novartis Europharm Limited.;2011.
- ACSS e INFARMED. (2019a, October 10). *Normas relativas à dispensa de medicamentos e produtos de saúde*.  
[https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas\\_Dispena/4c1aea02-a266-4176-%0Ab3ee-a2983bdf790](https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Dispena/4c1aea02-a266-4176-%0Ab3ee-a2983bdf790)
- ACSS e INFARMED. (2019b, October 10). *Normas relativas à prescrição de medicamentos e produtos de saúde*.  
[https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas\\_Prescri%FF%FF%FF%FFo/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872?version=1.3&previewFileIndex](https://www.infarmed.pt/documents/15786/17838/Normas_Prescri%FF%FF%FF%FFo/bcd0b378-3b00-4ee0-9104-28d0db0b7872?version=1.3&previewFileIndex)
- Decreto-Lei n.º 53/2007, de 8 de Março. Diário da República, Série I – N.º 48, 1492 (2007).*
- Hipertensão Arterial: definição e classificação Profissionais do Sistema Nacional de Saúde*, 1 (2011) (testimony of Direção-Geral da Saúde). [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- Direção Geral de Alimentação e Veterinária. (2021). *Produtos de Uso Veterinário*.  
[https://www.dgav.pt/medicamentos/conteudo/produtos-de-uso-veterinario/Formulario\\_Galenico\\_Portugues\\_\(FGP\).](https://www.dgav.pt/medicamentos/conteudo/produtos-de-uso-veterinario/Formulario_Galenico_Portugues_(FGP).) (2005).
- Diagnóstico e Classificação da Diabetes Mellitus Médicos e Enfermeiros do Serviço Nacional de Saúde Departamento da Qualidade na Saúde (dqs@dgs.pt) -Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Diabetes (diabetes@dgs.pt) Digitally signed*, 1 (2011) (testimony of Francisco Henrique, Moura George, & Henrique Moura George). [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt)
- INFARMED-Protocolo-Via-Verde-Medicamento*, 1 (2018). <https://www.apifarma.pt/wp-content/uploads/2021/03/INFARMED-Protocolo-Via-Verde-Medicamento.pdf>
- Infarmed. Deliberação n.º 24/CD/2014, de 3 de Julho*. (2014).
- Código Deontológico da Ordem dos Farmacêuticos*, 1 (2021) (testimony of I.P. INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde).  
[https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/0014300159\\_469595878620679aa0a805.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/0014300159_469595878620679aa0a805.pdf)
- INFARMED - Autoridade Nacional do Medicamento e Produtos de Saúde IP. (2022). *Regimes excecionais de participação*. <https://www.infarmed.pt/web/infarmed/regimes-excecionais-de-comparticipacao>
- INFARMED e Ministério da Saúde. Deliberação n.º 1502/2014, de 30 de julho. Diário da República n.º 145/2014, Série II*. (2014).
- INFARMED, I. P. (2009). *Avaliação da conformidade*.  
<https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/avaliacao-da-conformidade>
- INFARMED, I. P. (2016). *Dispositivos médicos na farmácia - INFARMED, I.P.* Dispositivos Médicos Na Farmácia. [https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/aquisicao-e-utilizacao/dispositivos\\_medicos\\_farmacia](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/dispositivos-medicos/aquisicao-e-utilizacao/dispositivos_medicos_farmacia)
- Infarmed. (2022). *Lista de DCI - MNSRM-EF - INFARMED, I.P.* Lista de DCI- MNSRM-EF.  
[https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes\\_transferencia\\_titular\\_aim/lista\\_dci](https://www.infarmed.pt/web/infarmed/entidades/medicamentos-uso-humano/autorizacao-de-introducao-no-mercado/alteracoes_transferencia_titular_aim/lista_dci)

- Ministério da Agricultura, do Desenvolvimento Rural e das Pescas. Decreto-Lei n.º 314/2009, de 28 de Outubro. Diário da República n.º 209/2009, Série I. (2009).*
- Ministério da Agricultura Desenvolvimento Rural e Pescas. Decreto-Lei n.º 136/2003, de 28 de Junho. Diário da República n.º 147/2003, Série I-A, 1 (2003).*
- Ministério da Agricultura Desenvolvimento Rural e Pescas. Decreto-Lei n.º 216/2008, de 11 de Novembro. Diário da República n.º 219/2008, Série I. (2008).*
- Ministério da Justiça. Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de Janeiro. Diário da República n.º 18/1993, Série I-A. (1993).*
- Ministério da Justiça. Decreto Regulamentar n.º 61/94, de 12 de Outubro. Diário da República n.º 236/1994, Série I-B. (1994).*
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 145/2009, de 17 de Junho. Diário da República n.º 115/2009, Série I. (2009).*
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 189/2008, de 24 de Setembro. Diário da República n.º 185/2008, Série I. (2008).*
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 20/2013, de 14 de Fevereiro. Diário da República n.º 32/2013, Série I. (2013).*
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 307/2007, de 31 de agosto. Diário da República n.º 168/2007, Série I. (2007).*
- Ministério da Saúde. Decreto-Lei n.º 95/2004, de 22 de abril. Diário da República n.º 95/2004, Série I-A. (2004).*
- Ministério da Saúde. Despacho n.º 17690/2007, de 10 de Agosto. Diário da República n.º 154/2007, Série II. (2007).*
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 1429/2007, de 2 de novembro. Diário da República n.º 211/2007, Série I. (2007).*
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 195-D/2015, de 30 de Junho. Diário da República n.º 125/2015, 10 Suplemento, Série I. (2015).*
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 223/2015, de 27 de Julho. Diário da República n.º 144/2015, Série I. (2015).*
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 224/2015, de 27 de Julho. Diário da República n.º 144/2015, Série I. (2015).*
- Ministério da Saúde. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Diário da República n.º 129/2004, Série I-B (Vol. 129). (2004). Ministério da Saúde. Portaria n.º 594/2004, de 2 de junho. Diário da República n.º 129/2004, Série I-B de 2004-06-02.*
- Ministérios da Economia e da Saúde. Portaria n.º 769/2004, de 1 de julho. Diário da República n.º 153/2004, Série I-B. (2004).*
- Conselho Nacional da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF), 3ª edição Ordem dos Farmacêuticos 1 (2009). [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas\\_praticas\\_farmaceuticas\\_para\\_a\\_farmacia\\_comunitaria\\_2009\\_20853220715ab14785a01e8.pdf](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_para_a_farmacia_comunitaria_2009_20853220715ab14785a01e8.pdf)*
- Conselho Nacional da Qualidade. Boas Práticas Farmacêuticas para a farmácia comunitária (BPF), 3ª Edição Ordem dos Farmacêuticos 53 (2009). [https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas\\_praticas\\_farmaceuticas\\_pa](https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/documentos/boas_praticas_farmaceuticas_pa)*

ra\_a\_farmacia\_comunitaria\_2009\_20853220715ab14785a01e8.pdf

Ordem dos Farmacêuticos. (2022). *A Farmácia Comunitária - Farmácia Comunitária - Áreas Profissionais - Ordem dos Farmacêuticos*. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/areas-profissionais/farmacia-comunitaria/a-farmacia-comunitaria/>

*Regulamento n.º 664/2016, de 14 de Julho. Diário da República, Série II – N.º 134.* (2016).

Valormed. (2022). *Quem Somos* - Valormed. <http://www.valormed.pt/pt/conteudos/conteudo/id/5>

# Anexos

## Anexo 1 - Contracetivos Hormonais Disponíveis em Portugal e Contracetivos disponíveis no âmbito do SNS

Tabela 1 – Contracetivos Hormonais Disponíveis em Portugal (adaptado de Pacheco et al., 2020 e Infomed)

Estrogénio	Dosagem	Progestagénio	Dosagem	Nome do medicamento
Etinilestradiol	0,02 mg	Levonorgestrel	0,1 mg	Effilevo Etinilestradiol/ Levonorgestrel Generis Miranova
Etinilestradiol	0,03 mg	Levonorgestrel	0,15 mg	Microginon
Etinilestradiol	0,03 / 0,04 mg	Levonorgestrel	0,05 / 0,75 / 0,125 mg	Trinordiol
Etinilestradiol	0,015 mg	Gestodeno	0,06 mg	Lowelle Minesse
Etinilestradiol	0,02 mg	Gestodeno	0,075 mg	Estinette Harmonet Minigeste Etinilestradiol/Gestodeno Generis
Etinilestradiol	0,03 mg	Gestodeno	0,075 mg	Effiplen Gynera Minulet Etinilestradiol/Gestodeno Generis
Etinilestradiol	0,03 / 0,04 mg	Gestodeno	0,05 / 0,07 / 0,1 mg	Tri-Gynera Tri-Minulet
Etinilestradiol	0,02 mg	Desogestrel	0,15 mg	Mercilon Novynette
Etinilestradiol	0,03 mg	Desogestrel	0,15 mg	Marvelon Regulon
Etinilestradiol	0,03 / 0,04 mg	Desogestrel	0,025 / 0,125 mg	Gracial
Etinilestradiol	0,02 mg	Drospirenona	3 mg	Arankelle Daylette Drosdiol Droseffik Drosianelle Drosurall Yasminelle Yaz
Etinilestradiol	0,03 mg	Drospirenona	3 mg	Aranka Drosianne Drosure Yasmin
Etinilestradiol	0,035 mg	Acetato de ciproterona	2 mg	Diane 35 Ciproterona+ Etinilestradiol Generis
Etinilestradiol	0,03 mg	Acetato de cloromadinona	2 mg	Belara Chariva Clarissa Libeli
Etinilestradiol	0,03 mg	Dienogest	2 mg	Amelye Denille Serisima Sibilla Valette
Valerato de Estradiol	1 / 2 / 3 mg	Dienogest	2 / 3 mg	Qlaira
Estradiol	1,5 mg	Acetato de nomegestrol	2,5 mg	Zoely
		Dienogest	2 mg	Endovelle Metrius

				Visanne Zafрил
		Desogestrel	0,075 mg	Azalia Cerazette Minipop
		Levonorgestrel	1,5 mg	Cumbran Ivolen Levodonna Navela Norlevo Postinor Postinor Odis
		Drospirenona	4 mg	Slinda
Acetato de ulipristal (inibidor selectivo dos receptores de progesterona)			30 mg	Ellaone Esmya Femke

Tabela 2 – Contraceptivos disponíveis no âmbito do SNS (adaptado de Pacheco et al., 2020)

Contraceção Oral					
	Etinilestradiol				Sem estrogénios
Progestativo	35 mcg	30 mcg	20 mcg	15 mcg	
Levonorgestrel		X	X		
Gestodeno		X	X		
Desogestrel		X	X		X
Ac. ciproterona	X				
Contraceção de emergência					
Levonorgestrel					X

## Anexo 2 - Questionário para avaliação do conhecimento na utilização de contraceptivos orais nas alunas da UBI.

### Caracterização sociodemográfica e académica

1. Idade

.....-

2. Tipo de relacionamento

- A. Solteira
- B. Com parceiro/a
- C. Outra

3. Curso que frequenta?

.....-

4. Ano curricular que frequenta?

.....-

5. Qual o método contraceptivo utilizado?

- A. Contraceptivos orais (Pílula)
- B. Adesivo contraceptivo
- C. Implante subcutâneo
- D. Anel Vaginal
- E. Preservativo Masculino
- F. Dupla proteção (exemplo: Pílula e Preservativo)
- G. Dispositivo Intrauterino (DIU)
- H. Espermicidas/Óvulos vaginais
- I. Preservativo Feminino
- J. Diafragma

K. Outro -----

### Contraceção Oral

#### Atitude

6. Qual é o nome do seu contraceutivo?  
-----

7. Há quanto tempo toma?  
-----

8. Motivo da toma da contraceção

- A. Prevenção de gravidez
- B. Acne
- C. Dismenorreia (dores menstruais)
- D. Tensão Pré Menstrual
- E. Outra -----

9. Esquecimento do uso do contraceutivo oral

- A. Nunca
- B. Quase nunca
- C. Às vezes
- D. Quase sempre
- E. Sempre

10. Sentiu efeitos adversos quando iniciou a toma do contraceutivo?

- A. Sim
- B. Não

10.1 Se respondeu que sim na questão anterior indique o tipo de efeito adverso

- A. Aumento de peso
- B. Cefaleia
- C. Enjoo
- D. Sangramento uterino irregular
- E. Outro -----

11. Pensou em desistir da toma do contraceutivo por causa desses efeitos adversos?

- A. Sim
- B. Não

11.1 Se respondeu que sim na pergunta anterior, porque motivo não desistiu?

- A. Devo esperar pelo menos 3 ciclos antes de desistir
- B. Pensei que fossem passar
- C. Outro .....

#### Conhecimento

12. Dos seguintes métodos contraceutivos qual/quais têm riscos cardiovasculares/tromboembólicos?

- A. Pílula combinada
- B. Pílula só de progestativo (“mini-pílula”)
- C. Dispositivo Intrauterino (DIU)
- D. Anel Vaginal

- E. Adesivo contraceptivo
  - F. Implante subcutâneo
13. Sabe o que fazer quando ocorre um esquecimento da toma do contraceptivo oral?
- A. Tomar no dia seguinte à hora habitual
  - B. Possibilidade de tomar até 12 horas em relação ao horário habitual sem qualquer efeito sobre a eficácia do mesmo
  - C. Dirigir-se ao médico
  - D. Dirigir-se ao farmacêutico
  - E. Perguntar a alguém que toma o mesmo contraceptivo
  - F. Tomar quando se lembra
  - G. Outra .....
14. No que toca ao esquecimento, a influência na eficácia do contraceptivo é igual para qualquer comprimido do *blister*?
- A. Igual para todos
  - B. Risco mais acrescido no início
  - C. Risco mais acrescido no fim da embalagem
  - D. Risco mais acrescido no meio da embalagem
  - E. Risco mais acrescido no início e fim da embalagem
15. Tem conhecimento de ser necessário a utilização de precauções contraceptivas adicionais (ex. preservativo) durante a toma do contraceptivo oral, excluindo para a proteção de doenças sexualmente transmissíveis?
- A. Sim
  - B. Não
- 15.1 Caso a resposta da questão anterior tenha sido sim, indique em que situação
- A. Sempre
  - B. Caso ocorra um esquecimento na toma do contraceptivo
  - C. Caso ocorra um esquecimento na 1 semana
  - D. Caso ocorra um esquecimento na 2 semana
  - E. Caso ocorra um esquecimento na 3 semana
  - F. Outra
16. A função principal da pílula é:
- A. Destruir os espermatozoides
  - B. Inibir a ovulação
  - C. Impedir a implantação do óvulo
  - D. Regular a ovulação
  - E. Não Sei
17. É natural a ocorrência de hemorragias inesperadas?
- A. Sim
  - B. Sim, nos primeiros meses
  - C. Não
18. Quando ocorrem vômitos ou diarreia, acha que a efetividade do contraceptivo diminui?
- A. Sim
  - B. Não
19. Se ocorrer vômito 3 a 4 horas após a toma do contraceptivo oral pode resultar
- A. Apenas numa diminuição da eficácia

- B. É igual ao esquecimento do comprimido
  - C. Outro
20. Qual a sua opinião sobre: O contraceptivo oral provoca a todas as mulheres aumento de peso?
- A. Sim
  - B. Não
21. Na sua opinião é necessário proporcionar um descanso do contraceptivo oral ao seu organismo?
- A. Sim
  - B. Não
22. Assinale quais classes de medicamentos podem interferir na ação de alguns contraceptivos orais.
- A. Antibióticos
  - B. Antivirais
  - C. Anticonvulsivantes
  - D. Analgésicos
  - E. Laxantes
23. Tem conhecimento se é possível uma tabagista realizar uma contraceção oral em simultâneo?
- A. Sim
  - B. Não
  - C. Não sei
- 23.1 Se respondeu que sim na questão anterior, indique em que situações
- A. Nas mulheres com idade igual ou superior a 35 anos
  - B. Nas mulheres com idade inferior 35 anos
  - C. Todas as mulheres
  - D. Situações especiais
24. Na sua opinião a ingestão regular de álcool influencia a eficácia do contraceptivo oral?
- A. Sim
  - B. Não
25. Tem conhecimento se o contraceptivo oral pode afetar o desejo sexual?
- A. Sim
  - B. Não
26. Tem conhecimento se pode tomar a pílula contraceptiva de emergência caso ocorra um esquecimento da sua contraceção oral?
- A. Sim
  - B. Não
27. Na sua opinião o uso do contraceptivo oral pode causar alguma dificuldade para engravidar no futuro?
- A. Sim
  - B. Não

## Anexo 3 - Parecer da Comissão de Ética da UBI



### Parecer relativo ao processo n.º CE-UBI-Pj-2021-068-ID:1127

Na sua reunião de 14 de dezembro de 2021, a Comissão de Ética apreciou a documentação científica submetida referente ao pedido de parecer do projeto “**Avaliação do conhecimento na utilização de Contraceptivos Oraís nas Estudantes da Universidade da Beira Interior**”, da proponente **Ánia Maria Serra Tomás**, a que atribuiu o código n.º CE-UBI-Pj-2021-068.

Na sua análise não identificou matéria que ofenda os princípios éticos e morais, sendo de parecer que o estudo em causa pode ser aprovado.

Covilhã e UBI

A Presidente da Comissão de Ética

Assinado por: ANA LEONOR SERRA MORAIS DOS SANTOS  
Num. de identificação: BI 12741075  
Data: 2021.12.27 12:46:03+00'00'



(Professora Doutora Ana Leonor Serra Morais dos Santos)

(Professora Auxiliar)

## Anexo 4 - Lista de alguns medicamentos abrangidos pela Via Verde do Medicamento

Tabela 22 - Lista de alguns medicamentos abrangidos pela Via Verde do Medicamento (Adaptado INFARMED-Protocolo-Via-Verde-Medicamento, 2018)

Abilify Maintena 400 mg, Pó e veículo para suspensão injetável de libertação prolongada, Frasco para injetáveis, 1,9 ml	Aripiprazol
Apidra 100 U./mL	Insulina glulisina
Asacol 400 mg, Comprimido gastrorresistente, Blister, 60 unidade (s)	Messalazina
Asacol 800 mg, Comprimido gastrorresistente, Blister, 60 unidade (s)	Messalazina
Atrovent Unidose 0.25 mg/2 ml, Solução para inalação por nebulização, Ampola, 2 ml	Ipratrópio
Brilique 90 mg, Comprimido revestido por película, Blister, 14 unidades	Ticagrelor
Brilique 90 mg, Comprimido revestido por película, Blister, 56 unidades	Ticagrelor
Brintellix 10 mg, Comprimido revestido por	Vortioxetina

película, <i>Blister</i> , 28 unidade (s)	
Brintellix 20 mg, Comprimido revestido por película, <i>Blister</i> , 28 unidade (s)	Vortioxetina
Brintellix 5 mg, Comprimido revestido por película, <i>Blister</i> , 28 unidade (s)	Vortioxetina
Bydureon, 4 unid.-0.65ml	Exenatido
Catapresan 0.15 mc, Comprimido, <i>Blister</i> , 60 unidades	Clonidina
Forxiga 10 mg, Comprimido revestido por película, <i>Blister</i> , 28 unidade (s)	Dapagliflozina
Humalog 100 U/ml, Solução injetável em cartucho, Cartucho, 3 ml	Insulina lispro
Humalog KwikPen 100 U/ml, Solução injetável em caneta pré-cheia, Caneta pré-cheia, 3 ml	Insulina lispro
Humalog Mix25 KwikPen 100 U/ml (25%+75%1, Suspensão injetável em caneta pré-cheia, Caneta pré-cheia,3 ml	Insulina lispro
Humalog Mix50 KwikPen 100 U/ml (50% + 50%1, Suspensão injetável em caneta pré-cheia, Caneta pré-cheia, 3 ml	Insulina lispro
Innohep 10000 U.l. Anti-Xa/O.5 ml, Solução injetável, Seringa pré-cheia,5 ml	Tinzaparina
Innohep 14000 U.l. Anti-Xa/O.7 ml, Solução injetável, Seringa pré-cheia,7 ml	Tinzaparina
Innohep 1.8000 U.l. Anti-Xa/O.9 ml, Solução injetável, Seringa pré-cheia,9 ml	Tinzaparina
Insuman Basal 100 U.l./ml, Suspensão injetável, Caneta pré-cheia, 3 ml	Insulina humana
Insuman Rapid 100 U.l./ml, Solução injetável, Caneta pré-cheia, 3 ml	Insulina humana
Lantus 100 U/ml, Solução injetável, Caneta pré-cheia 3 ml	Insulina glargine
Lovenox 20 mg/0,2 ml, Solução injetável, Seringa pré-cheia, 2 ml	Enoxaparina
Lovenox 40 mg/0,4 ml, Solução injetável, Seringa pré-cheia, 4 ml	Enoxaparina
Lovenox 60 mg/0,6 ml, Solução injetável. Seringa pré-cheia, 6 ml	Enoxaparina
Lovenox 80 mg/0,8 ml, Solução injetável, Seringa pré-cheia, 8 ml	Enoxaparina
Mysoline 250 mg, Comprimido, <i>Blister</i> , 60 unidade (s)	Primidona
Pentasa 1000 mg, Comprimido de liberação prolongada, <i>Blister</i> , 60 unidade (s)	Messalazina
Pentasa 1000 mg, Supositório, <i>Blister</i> , 10 unidade (s)	Messalazina
Pentasa 1000 mg/100 ml, Suspensão Retal, 7 unidade (s)	Messalazina
Pentasa 500 mg, Comprimido de liberação prolongada, <i>Blister</i> , 60 unidade (s)	Messalazina
Pradaxa 150 mg, Cápsula, <i>Blister</i> , 60 unidade (s)	Dabigatrano etexilato
Pradaxa 110 mg, Cápsula, <i>Blister</i> , 60 unidade (s)	Dabigatrano etexilato
Pradaxa 75 mg, Cápsula, <i>Blister</i> , 60 unidade (s)	Dabigatrano etexilato
Risperdal Consta 25 mg/2ml, Pó e veículo para suspensão injetável de liberação prolongada, Frasco para injetáveis, 2 ml	Risperidona
Risperdal Consta 37.5 mg/2 ml, Pó e veículo para suspensão injetável de liberação prolongada, Frasco para injectáveis, 2 ml	Risperidona
Risperdal Consta 50 mg/2ml, Pó e veículo para suspensão injetável de liberação prolongada, Frasco para injetáveis, 2 ml	Risperidona
Sandimmun Neoraf 100mg, 50 cáps.	Ciclosporina

Sandimmun Neoral 25mg, 50 cáps.	Ciclosporina
Sandimmun Neoral 50mg, 30 cáps.	Ciclosporina
Spiriva 18 µg Pó para inalação, cápsula. Blister. 30 Unidade (s)	Tiotrópio
Symbicort Turbohaler 160 µg/dose + 4.5 µg/dose, Pó para inalação, inalador, 120 dose (s)	Budesonida + formoterol
Symbicort Turbohaler 320/9 320 µg/dose + 9 µg/dose, Pó para inalação, inalador, 60 dose (s)	Budesonida + formoterol
Symbicort Turbohaler 80 µg/dose + 4.5 µg/dose, Pó para inalação, inalador, 120 dose (s)	Budesonida + formoterol
Trajenta 5 mg, Comprimido revestido por película, Blister, 30 unidade (s)	Linagliptina

## Anexo 5 – Exemplicação de faturas

**plural+udifar**

FLURAL - COOPERATIVA FARMACÉUTICA DO  
 Rua José de Sá, 1702 - Avenida 25 de Abril  
 2505-047 Caserta  
 2127-0000 Caserta (telefone) / 2127-0000 Caserta (fax)  
 N.º de Identificação Fiscal: 500000000

**Farmácia Tavares**  
 CRISTINA VILHENA B. SOC UNIP LDA - FARMÁCIA TAVARES  
 Av. Cidade de São Paulo, 18 Finc. A  
 8300-937 Guarua

**2023** - Proximidade por aproximação com cartão de crédito (Nº 0151)

Quantidade	Descrição	Unidade	Qtd	Qtd em	PPV	PPV	PVA	Descont	Tx	P/Seguro	PIS	Valor
1	181575 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181576 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181577 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181578 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181579 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181580 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181581 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181582 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181583 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181584 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181585 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181586 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181587 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181588 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181589 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181590 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181591 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181592 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181593 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181594 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181595 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181596 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181597 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181598 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181599 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181600 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181601 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181602 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181603 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181604 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181605 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181606 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181607 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181608 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181609 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181610 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181611 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181612 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181613 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181614 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181615 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181616 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181617 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181618 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181619 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181620 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181621 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181622 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181623 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181624 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181625 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181626 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181627 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181628 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181629 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181630 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181631 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181632 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181633 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181634 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181635 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181636 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181637 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181638 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181639 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181640 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181641 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181642 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181643 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181644 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181645 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181646 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181647 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181648 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181649 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181650 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10,00
1	181651 - APONATINA 300MG P/BLIS 30	CAIXA	1	1	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	0,00	0,0	

Anexo 6 – Exemplicação de uma receita eletrónica.

REPÚBLICA PORTUGUESA 40 SNS Guia de tratamento da prescrição n.º 801100000569314508 Data: 2022-05-16

**Guia de Tratamento para o Utente**  
Não deixe este documento na Farmácia

Nome: [Redacted] Local de Prescrição: [Redacted]  
Código de Acesso e Dispensação: [Redacted] Código de Opção: [Redacted] Local de Prescrição: [Redacted]  
Prescritor: [Redacted] Telefone: [Redacted] Quant. unidades da prescrição: [Redacted] Envio: [Redacted]

NO	Nome, designação, forma farmacéutica, embalagem, posologia	Quant.	Data de validade	Este medicamento custa-lhe, no máximo € 9,75
1	Pravastatina + Fenofibrato (Pravafena), 40 mg + 160 mg, Cápsula, Frasco - 30 unidades(s) Duração Prolongada.	2	2022-11-17	
2	Lorazepam, 2,5 mg, Comprimido, Blister - 60 unidade(s) Duração Prolongada.	2	2022-07-15	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 0,36, a não ser que opte por um medicamento mais caro
3	Paracetamol, 40 mg, Comprimido gastroresistente, Blister - 56 unidade(s) Duração Prolongada.	2	2022-11-17	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 0,81, a não ser que opte por um medicamento mais caro
4	Valparán + Hidroclorotiazida, 80 mg + 12,5 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s) Duração Prolongada.	2	2022-11-17	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 0,33, a não ser que opte por um medicamento mais caro
5	Escitalopram, 20 mg, Comprimido revestido por película, Blister - 56 unidade(s) Duração Prolongada. 1/2 CP PEQ ALMOÇO	2	2022-11-17	Esta prescrição custa-lhe, no máximo € 0,33, a não ser que opte por um medicamento mais caro
6	Amitriplina (Adi), 25 mg, Comprimido revestido, Blister - 60 unidade(s) Duração Prolongada. 1 cp 2x/dia	5	2022-11-17	Este medicamento custa-lhe, no máximo € 1,38

\*Os preços são válidos à data da prescrição. Para verificar se houve alterações nos preços dos medicamentos:  
- Consulte o Sistema Medicamento em www.sfn.gov.pt ou e-Poupe na Recetas no seu telemóvel  
- Contacte a Linha de Medicamento 800 222 444 (Dias úteis: 09:00-13:00 e 14:00-17:00)  
- Fale com o seu médico ou farmacêutico.

Códigos para utilização pela farmácia em caso de falência do sistema informático

3 4 5 6

Anexo 7 - Exemplicação de uma receita manual.

REPÚBLICA PORTUGUESA 40 SNS Receita Médica Nº 80100000569314508

Nome: [Redacted] Nº de Utilizador: [Redacted] Nº de Identificação: [Redacted] Nº de Beneficiário: [Redacted]

RECETA MANUAL  
 A F falência informática  
 A F falência de prescrição  
 A F falência de dispensação  
 A F falência de receção

Medicamento: [Redacted] Prescritor: [Redacted]

1. Duplexcom 40/25/16 mg 2 blisters  
Duração Prolongada

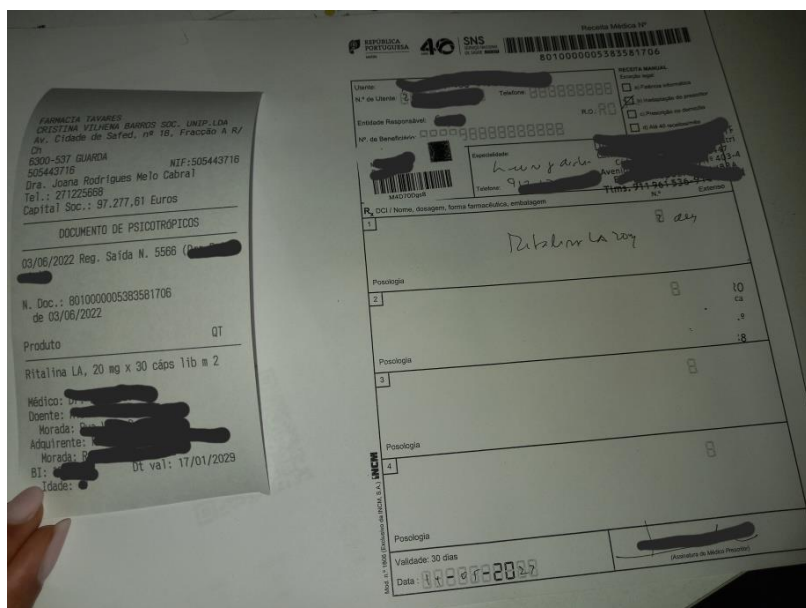
2. Naprosyn EC 500mg 2 blisters  
Duração Prolongada

3. [Redacted] 8

4. [Redacted] 8

Validade: 30 dias  
Data: 17-05-2022

## Anexo 8 – Exemplicação de um documento e receita manual de psicotrópicos.



## Anexo 9 – Lista de DCI de MNSRM-EF e respetivas indicações terapêuticas

Tabela 23 - Lista de DCI de MNSRM-EF e respetivas indicações terapêuticas (adaptado de Infarmed, 2022)

Ácido Acetilsalicílico	Tratamento sintomático da febre e/ou dores ligeiras a moderadas em adultos e adolescentes com 16 - 65 anos de idade.
Ácido Acetilsalicílico + Cloridrato de Pseudoefedrina (500 mg + 30 mg)	Tratamento sintomático da congestão nasal/congestão dos seios nasais (rinosinusite) com dor e febre associada a constipação comum e/ou sintomas tipo gripe.
Ácido fólico (0,4 mg)	Suplementação com ácido fólico durante a gravidez e em mulheres férteis que planeiam engravidar.
Ácido fólico + Cianocobalamina + Iodo (0,4 mg + 0,002 mg + 0,2 mg)	Suplemento mineralo-vitâmico indicado durante a gravidez e em mulheres férteis que planeiam engravidar.
Ácido fusídico	Infeção da pele localizada causada por micro-organismos sensíveis ao ácido fusídico.
Ácido salicílico + Fluorouracilo	Verrugas vulgares, verrugas juvenis planas, verrugas plantares e verrugas seborreicas.
Amorolfina	Onicomicoses causadas por dermatófitos, leveduras e bolores.
Aspartato de magnésio + Aspartato de potássio (250 mg + 250 mg)	Tratamento dos sintomas de fadiga muscular e câibras associadas à hipomagnesemia e hipocaliemia. Nos desportistas para facilitar a recuperação da capacidade muscular após o exercício físico violento.
Associação de Cáscara sagrada (134,5 mg), Extrato de Beladona (5,1 mg), Pó de folhas de Meimendo (10,2 mg), Fenoltaleína (134,5 mg) e Podofilino (5,1 mg)	Tratamento de obstipações de diversas etiologias, antes de exame ou cirurgia intestinal.
Brometo de butilescopolamina + Paracetamol	Alívio de dor ou desconforto abdominal associado a espasmos transitórios e moderados do trato gastrointestinal. Dismenorreia primária.
Budesonida (32 µg/dose, 64 µg/dose)	Prevenção e tratamento de rinite, em adultos.
Cetotifeno	Tratamento preventivo e sintomático da conjuntivite alérgica.
Cetroprofeno 25mg	Alívio de dores ligeiras a moderadas, tais como dor muscular e das articulações, dor de cabeça, dor associada à garganta inflamada, dor de dentes e dor menstrual, e febre em adultos a partir dos 18 anos.

Cianocobalamina	Prevenção e tratamento de estados carenciais de vitamina B12.
Ciclopirox (olamina)	Tratamento de infeções fúngicas (micoses) da pele e unhas.
Citisiniclina (Citisina) 1,5mg	Cessação tabágica e redução do desejo de nicotina em fumadores dispostos a deixar de fumar. O objetivo do tratamento é a cessação permanente da utilização de produtos que contêm nicotina.
Cloridrato de difenidramina (50 mg)	Ajuda sintomática para o alívio temporário do distúrbio do sono.
Cloridrato de pseudoefedrina + Cloridrato de triprolidina (60 mg + 2,5 mg)	Tratamento sintomático a curto prazo de estados gripais e constipações e rinite alérgica ou vasomotora, como congestão nasal, espirros, rinorreia.
Cloridrato de tetrizolina 0,5mg/ml	Alívio temporário da hiperemia do olho causada por irritações oculares não infecciosas, por exemplo, devido a fumo, poeira, vento, água clorada, luz ou conjuntivite alérgica. Adultos, adolescentes e crianças com idade igual ou superior a 2 anos.
Desloratadina 5 mg	Tratamento sintomático da rinite alérgica e urticária
Dexcetoprofeno (12,5 mg; 25 mg)	Tratamento sintomático da dor aguda de intensidade leve a moderada, como dor músculo-esquelética, dismenorreia, odontalgia.
Dexibuprofeno 200mg	Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda ligeira a moderada e da inflamação em adultos tal como: dor músculo-esquelética (tal como dor nas costas), dor dentária, dor após extração dentária, dor menstrual, dor de cabeça, dor durante a constipação e a gripe.
Fenticonazol 600 mg e de 200mg	Tratamento de candidíases vulvovaginais em adolescentes com mais de 16 anos e mulheres adultas até 60 anos.
Floroglucinol + Simeticone	Tratamento dos sintomas funcionais gastrointestinais como flatulência, meteorismo, distensão abdominal, cólicas abdominais e diarreia. Tratamento da sintomatologia da dispepsia funcional e do Síndrome do Intestino Irritável (SII).
Hidrocortisona	Dermatite, manifestações inflamatórias e de prurido de dermatose, reação de queimadura solar ou picada de inseto.
Ibuprofeno 400 mg	Dores de intensidade ligeira a moderada (dor reumática e muscular, dores nas costas, nevralgia, enxaqueca, dor de cabeça, dor de dentes, dores menstruais), febre e sintomas de constipação e gripe.
Ibuprofeno + Cafeína (400 mg + 100 mg)	Tratamento sintomático de curta duração da dor aguda moderada, como odontalgia ou cefaleia em adultos.
Ibuprofeno + Cloridrato de Pseudoefedrina (200mg + 30mg)	Tratamento sintomático da congestão nasal e/ou dos seios perinasais com cefaleia e/ou febre e/ou dores associados a estados gripais ou constipações.
Ibuprofeno + Fenilefrina (400 mg + 10 mg)	Tratamento sintomático de dor leve a moderada ou febre e congestão nasal relacionada a constipações e gripe.
Ibuprofeno + Paracetamol (150mg + 500mg)	Tratamento sintomático a curto prazo da dor ligeira a moderada.
Ibuprofeno + Paracetamol (200 mg + 500 mg)	Para o alívio temporário de dores ligeiras a moderadas associadas a enxaquecas, dores de cabeça, lombalgias, dores menstruais, dores de dentes, dores reumáticas e musculares, sintomas de constipação e gripe, dores de garganta e febre.
Lidocaína + Prilocaína	Para anestesia tópica.
Loratadina (10 mg)	Tratamento sintomático da rinite alérgica e urticária crónica idiopática.
Macrogol e outras associações	Lavagens gastrointestinais e preparação para exames complementares de diagnóstico ou cirurgia.
Mebeverina (200 mg)	Tratamento sintomático da síndrome do intestino irritável (SII).
Pancreatina	Tratamento da Insuficiência Pancreática Exócrina (quando existe diagnóstico prévio).
Paracetamol + Cloridrato de difenidramina (500 mg + 25 mg)	Tratamento a curto prazo de sintomas de dor ao deitar, por exemplo, devido a gripes e constipações, dores

	reumáticas e musculares, lombalgias, dores de dentes, dores de cabeça e dores menstruais que causam dificuldade em adormecer. Indicado em adultos e adolescentes a partir dos 12 anos de idade.
Paracetamol + Cloridrato de Pseudoefedrina (500 mg + 30 mg)	Tratamento sintomático a curto prazo da congestão nasal e dos seios perinasais associada aos sintomas de constipação e gripe, como dor moderada, dor de cabeça e/ou febre. Indicado em adultos e adolescentes a partir dos 15 anos de idade.
Paracetamol + Codeína + Buclizina	Tratamento profilático e sintomático de enxaquecas, incluindo as crises de cefaleias, náuseas e vômitos.
Picetoprofeno	Dor e inflamação ligeira a moderada de origem músculo-esquelética, reumática ou pós-traumática.
Sucralfato 1000 mg / 5 ml	Tratamento de curta duração dos sintomas de refluxo como a pirose (por exemplo: azia e regurgitação ácida) em adultos.
Triamcinolona (55 µg/dose)	Tratamento da rinite alérgica sazonal, em adultos.
Ulipristal	Contraceção de emergência até 120 horas (5 dias) após uma relação sexual não protegida ou em caso de falha do método contraceptivo.
Vaccinium myrtillus (antocianósidos) (100 mg)	Tratamento dos sintomas de insuficiência venosa, tais como pernas pesadas, edema e dor.

## Anexo 10 – Lista de situações passíveis de automedicação

Tabela 24 - Lista de situações passíveis de automedicação (Ministério Da Saúde. Despacho n.º 17690/2007, de 10 de Agosto. Diário Da República n.º 154/2007, Série II, 2007)

Digestivo	Diarreia Hemorroidas (diagnóstico confirmado) Pirose, enfartamento, flatulência Obstipação Vômitos, enjoo do movimento Higiene oral e da orofaringe Endoparasitoses intestinais Estomatites (excluindo graves) e gengivites Odontalgias Profilaxia da cárie dentária Candidíase oral recorrente com diagnóstico médico prévio Modificação dos termos de higiene oral por desinfeção oral Estomatite aftosa.
Respiratório	Sintomatologia associada a estados gripais e constipações Odinofagia, faringite (excluindo amigdalite) Rinorreia e congestão nasal Tosse e rouquidão Tratamento sintomático da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio Adjuvante mucolítico do tratamento antibacteriano das infeções respiratórias em presença de hipersecreção brônquica Prevenção e tratamento da rinite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio (corticóide em inalador nasal)
Cutâneo	Queimaduras de primeiro grau, incluindo solares Verrugas Acne ligeiro a moderado Desinfeção e higiene da pele e mucosas Micoses interdigitais Ectoparasitoses Picadas de insectos <i>Pitiríase capitis</i> (caspa) Herpes labial Feridas superficiais Dermatite das fraldas Seborreia Alopécia Calos e calosidades Frieiras

	Tratamento da pitiríase versicolor Candidíase balânica Anestesia tópica em mucosas e pele nomeadamente mucosa oral e rectal Tratamento sintomático localizado de eczema e dermatite com diagnóstico médico prévio
Nervoso/psique	Cefaleias ligeiras a moderadas Tratamento da dependência da nicotina para alívio dos sintomas de privação desta substância em pessoas que desejem deixar de fumar Enxaqueca com diagnóstico médico prévio Ansiedade ligeira temporária Dificuldade temporária em adormecer
Muscular/ósseo	Dores musculares ligeiras a moderadas Contusões Dores pós-traumáticas Dores reumáticas ligeiras moderadas (osteoartrose/osteoartrite) Dores articulares ligeiras a moderadas Tratamento tópico de sinovites, artrites (não infecciosa), bursites, tendinites Inflamação moderada de origem músculo esquelética nomeadamente pós-traumática ou de origem reumática
Ocular	Hiposecreção conjuntival, irritação ocular de duração inferior a três dias Tratamento preventivo da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio Tratamento sintomático da conjuntivite alérgica perene ou sazonal com diagnóstico médico prévio
Ginecológico	Dismenorreia primária Contraceção de emergência Métodos contraceptivos de barreira e químicos Higiene vaginal Modificação dos termos de higiene vaginal por desinfeção vaginal Candidíase vaginal recorrente com diagnóstico médico prévio. Situação clínica caracterizada por corrimento vaginal esbranquiçado, acompanhado de prurido vaginal e habitualmente com exacerbação pré-menstrual Terapêutica tópica nas alterações tróficas do trato geniturinário inferior acompanhadas de queixas vaginais como dispareunia, seca e prurido
Vascular	Síndrome varicosa— terapêutica tópica adjuvante Tratamento sintomático por via oral da insuficiência venosa crónica (com descrição de sintomatologia)
Geral	Febre (menos de três dias) Estados de astenia de causa identificada Prevenção de avitaminoses

## Anexo 11 - Classificação dos dispositivos médicos

Tabela 25 - Classificação dos dispositivos médicos (INFARMED, 2016)

Dispositivos médicos da classe I	Dispositivos destinados à recolha de fluidos corporais	Sacos coletores de urina; Sacos para ostomia; Fraldas e pensos para incontinência.
	Dispositivos destinados à imobilização de partes do corpo e/ou aplicar força ou compressão	Colares cervicais; Meias de compressão; Pulsos, meias, joelheiras elásticas para fins médicos.
	Dispositivos utilizados para suporte externo do paciente	Auxiliares de marcha, cadeiras de rodas; Canadianas, muletas; Camas de hospital.
	Dispositivos não invasivos	Estetoscópio; Pensos oculares; Óculos corretivos, armações.
	Dispositivos destinados a conteúdos temporários ou com	Seringas sem agulha; Colheres especificamente

	função de armazenamento	destinadas à administração de medicamentos.
	Dispositivos invasivos de orifícios do corpo de utilização temporária	Luvas de exame; Irrigadores.
	Dispositivos invasivos utilizados na cavidade oral até à faringe, no canal auditivo até ao tímpano ou na cavidade nasal	Material de penso para hemorragias nasais; Soluções para irrigação ou lavagem mecânica.
	Dispositivos não invasivos que contactam com a pele lesada e que são utilizados como barreira mecânica, para compressão ou absorção de exsudados	Algodão hidrófilo; Ligaduras.
Dispositivos Médicos da Classe IIa	Dispositivos que se destinam a controlar o micro ambiente de uma ferida	Compressas de gaze hidrófila esterilizadas ou não esterilizadas; Pensos de gaze não impregnados com medicamentos; Material de penso à base de filmes poliméricos; Adesivos oclusivos para uso tópico.
	Dispositivos invasivos de orifícios do corpo, para utilização a curto prazo	Cateteres urinários; Pessários vaginais/uretais.
	Dispositivos ativos com função de medição	Termómetro c/ pilha ou outra fonte de energia associada; Medidores de tensão com fonte de energia associada.
	Dispositivos invasivos de orifícios do corpo, que se destinam a ser ligados a um dispositivo médico ativo	Permutadores de calor e humidade; Irrigadores nasais equipados com motor.
	Dispositivos invasivos de carácter cirúrgico, destinados a utilização temporária	Agulhas das seringas; Lancetas; Luvas cirúrgicas.
	Dispositivos destinados especificamente a serem utilizados na desinfeção de dispositivos médicos	
Dispositivos Médicos da Classe IIb	Dispositivos que se destinam a ser utilizados principalmente em feridas que tenham fissurado a derme de forma substancial e extensa e onde o processo de cicatrização só se consegue por intervenção secundária	Material de penso para feridas ulceradas extensas e crónicas; Material de penso para queimaduras graves que atingem a derme e cobrem uma área extensa; Material de penso para feridas de decúbito graves.
	Dispositivos que se destinam à administração de medicamentos	Canetas de insulina.
	Dispositivos utilizados na contraceção e/ou prevenção de doenças sexualmente transmissíveis	Preservativos masculinos; Diafragmas.
	Dispositivos destinados especificamente a serem utilizados na desinfeção, limpeza, lavagem ou hidratação das lentes de contacto	Soluções de conforto para portadores de lentes de contacto.
	Dispositivos que incorporam uma	Preservativos com espermicida;

Dispositivos Médicos da Classe III	substância medicamentosa e que constituem um único produto não reutilizável e em que a ação da substância é acessória à do dispositivo	Pensos com medicamentos.
	Dispositivos utilizados na contraceção implantáveis ou invasivos de utilização a longo prazo	Dispositivo intrauterinos, que não libertem progestagénios.
Dispositivos Médicos para Diagnóstico In Vitro	Dispositivos destinados a serem utilizados pelo leigo (para autodiagnóstico)	Teste de gravidez; Equipamento para medição de glicémia; Reagente tiras-teste para determinação da glicémia, glicosúria e cetonúria.
	Recipientes para colheita de amostras, esterilizados e não esterilizados	Frasco para colheita de urina asséptica. Frasco para colheita de urina, expetoração, etc.

Anexo 12 - Pharmashop24



Anexo 13 - Ficha de preparação de uma solução alcoólica 70% saturado de ácido bórico e receita do manipulado

LOGOTIPO DA FARMÁCIA      Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados      Página 1 de 3

**Medicamento:** solução alcoólica 70% saturada de ácido bórico

Tecor em substância(s) activa(s): 100 mg (ou na unidade) contida      100 mg      100 mg

Forma farmacéutica: solução      Data de preparação: 25/10/2021

Número do lote: 444      Quantidade a preparar: 500 ml

Materia-prima	Lote nº	Origem	Farmacopéu	Quantidade para 100 g (ou na unidade) utilizada	Quantidade utilizada	Quantidade prevista	Adulterio de Operador	Adulterio do Supervisor
Ácido Bórico	2018/001	Brasil	FP	1,5	1,5	1,5		
Álcool 70%	1.201/001	Brasil	FP	500 ml	500 ml	500 ml		

**Preparação**      Rubrica do Operador

- Verifica o estado de limpeza do material a utilizar.
- Coloca em equilíbrio os materiais, usando o método de pesagem por diferença.
- Adiciona o ácido bórico e o álcool, neste ordem ao volume do 100% (Água), seguindo o protocolo. Anotação da quantidade e origem, não utilizada.
- Adiciona o álcool 70% ao resto líquido, completando o volume com água q.b. e agitando durante 30 minutos.
- Deixa a solução em equilíbrio durante 3 horas, agitando durante 30 segundos a 15 em 30 minutos.
- Ficha e rótulo colada em 5 dias em material adequado e seco.

**Embalagem**

Tipo de embalagem: \_\_\_\_\_

Capacidade do recipiente: \_\_\_\_\_

Material de embalagem	Nº do lote	Origem

Operador: \_\_\_\_\_

LOGOTIPO DA FARMÁCIA      Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados      Página 2 de 3

**Prazo de utilização e Condições de conservação**

Condições de conservação: A solução é conservada em frasco a quente, em ambiente protegido      Operador: \_\_\_\_\_

Prazo de utilização: à venda      Operador: \_\_\_\_\_

**Verificação**

ENSAYO	ESPECIFICAÇÃO	RESULTADO	Rubrica do Operador
Aspecto	líquido		
Cor	Incolor		
Quantidade	500 ml		

Aprovado       Rejeitado

Supervisor: J.J.

Nome, morada e telefone do doente: \_\_\_\_\_

Nome do prescriptor: \_\_\_\_\_

Anotações: \_\_\_\_\_

LOGOTIPO DA FARMÁCIA      Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados      Página 3 de 3

**Cálculo do preço de venda**

MATERIAS-PRIMAS:		preço de aquisição de uma única quantidade unitária (IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	valor da matéria-prima utilizada na preparação
matéria-prima	embalagem existente em armazém	quantidade unitária	preço			
Vaselina	30g	3 ml	0,0088	30 ml	x 3,6	= 0,314
Enxofre	30g	3g	0,0364	3g	x 1,2	= 0,0437
						subtotal A
						0,3577

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:				
forma farmacéutica	quantidade	F (€)	factor multiplicativo	valor
Preço referente à quantidade base	30g	0,33	x 3	= 0,99
valor adicional				=
				subtotal B
				0,99

MATERIAL DE EMBALAGEM:				
material de embalagem	preço de aquisição (IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
Fisco	1	x 2	x 1,2	= 2,40
Ficha	0,34	x 1	x 1,2	= 0,408
				subtotal C
				2,808

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:      (A + B + C) x 1,1 = 2,316 + 0,99 = 3,306

+ IVA      1,41

D      4,716

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:

dispositivo	preço unitário	quantidade	valor
			E
			PREÇO FINAL: D + E

Operador: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Rubrica do Director Técnico      Data

Guia de tratamento da prescrição nº: 2011000004720372007      Data: 2022-05-23

Guia de tratamento para o Utilizador

Utilizador: \_\_\_\_\_ Local de Prescrição: \_\_\_\_\_

Classe: Anestésico e Opiáceo      Categoria de Opióide: \_\_\_\_\_

Nome: Anestésico, Efeito farmacológico: analgésico, potência: \_\_\_\_\_

1 | PISA, Alcool Boricado      Quantidade: 1      Unidade de medida: 2022-07-22

+ 10% IVA - Adubar 1 gota/ml em cada novena durante 3 dias

Os preços são válidos à data de prescrição. Para verificar se houve alterações nos preços dos medicamentos: Consulte o Preços Medicamentos em www.nlm.pt; ou através da Rede Nacional de Informação Contacto a Linha do Medicamento 800 222 444 (Das 08h às 18h) ou 14 00 17 00. Falar com o seu médico ou farmacêutico.

Códigos para utilização pela farmácia em caso de falência do sistema informático

Rubrica do Director Técnico      Data

Anexo 14 - Ficha de preparação de uma pomada de vaselina com enxofre a 6%, receita do manipulado e o manipulado

LOGOTIPO DA FARMÁCIA      Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados      Página 1 de 3

Medicamento: Vaselina com enxofre a 6%

Teor em substância(s) activa(s): 100 g (massa total) contém 6 g (ml) de enxofre

Forma farmacéutica: Pomada      Data de preparação: 22/04/2022

Número do lote: 217      Quantidade a preparar: 100g

Matéria-prima	Lote nº	Origem	Farmacopeia	Quantidade para 100 g (ou, no caso contrário)	Quantidade calculada	Quantidade pesada	Rubrica do Operador e data	Rubrica do Supervisor e data
Enxofre	13998	Jose Romal	FP	6g	6g	6,002g		
Vaselina	22012	Horse Hal	FP	94g	94g	94,20g		

Preparação

- limpar o material a utilizar;
- Pesar as matérias-primas (vaselina + enxofre);
- Pulverizar;
- Espatular o enxofre com a vaselina até a obtenção de uma mistura homogênea;
- Embralar e rotular o manipulado;
- lavar e secar o material utilizado;

Embalagem

Tipo de embalagem: Bovio

Capacidade do recipiente: 100g

Material de embalagem	Nº do lote	Origem
<u>Bovio</u>		

Operador: \_\_\_\_\_

LOGOTIPO DA FARMÁCIA      Ficha de Preparação de Medicamentos Manipulados      Página 3 de 3

**Cálculo do preço de venda**

MATERIAS-PRIMAS:		preço de aquisição de uma única quantidade unitária (IVA)		quantidade a usar	factor multiplicativo	valor da matéria-prima utilizada na preparação
matéria-prima	embalagem existente em armazém	quantidade unitária	preço			
Enxofre	30g	3 ml	0,0088	30 ml	x 3,6	= 0,314
Vaselina	30g	3g	0,0364	3g	x 1,2	= 0,0437
						subtotal A
						0,3577

HONORÁRIOS DE MANIPULAÇÃO:				
forma farmacéutica	quantidade	F (€)	factor multiplicativo	valor
Preço referente à quantidade base	100	0,33	x 3	= 0,99
valor adicional				=
				subtotal B
				0,99

MATERIAL DE EMBALAGEM:				
material de embalagem	preço de aquisição (IVA)	quantidade	factor multiplicativo	valor
Bovio	1	x 1	x 1,2	= 1,20
Papel de Alabagem	0,50	x 1	x 1,2	= 0,60
				subtotal C
				1,80

PREÇO DE VENDA AO PÚBLICO DO MEDICAMENTO MANIPULADO:      (A + B + C) x 1,1 = 3,147 + 0,99 = 4,137

+ IVA      1,55

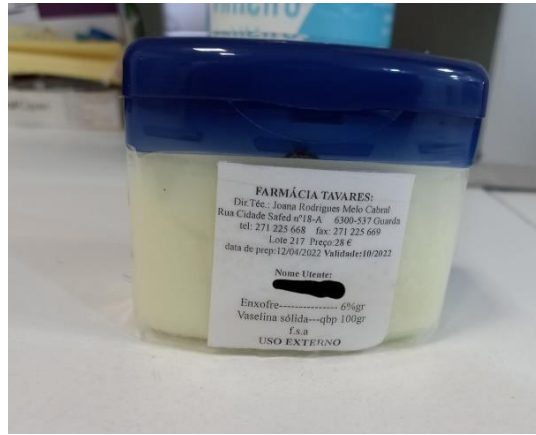
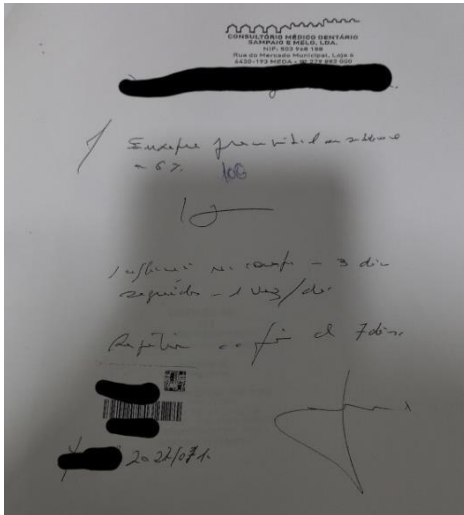
D      5,687

DISPOSITIVOS AUXILIARES DE ADMINISTRAÇÃO:

dispositivo	preço unitário	quantidade	valor
			E
			PREÇO FINAL: D + E

Operador: \_\_\_\_\_ Supervisor: \_\_\_\_\_

Rubrica do Director Técnico      Data



## Anexo 15 - Instruções para manuseamento e utilização do Ultibro Breezhaler

### Instruções para manuseamento e utilização

Por favor ler na íntegra as **Instruções para utilização** antes de utilizar o Ultibro Breezhaler.

<b>Insira</b> 1	<b>Perfure e solte</b> 2	<b>Inale profundamente</b> 3	<b>Verifique se a cápsula está vazia</b> Verifique ar
<b>Passo 1a:</b> <b>Retire a tampa</b> 	<b>Passo 2a:</b> <b>Perfure a cápsula uma vez</b> Segure o inalador verticalmente. Perfure a cápsula pressionando firmemente ambos os botões laterais ao mesmo tempo. Deve ouvir um barulho quando a cápsula for perfurada. <u>Perfure a cápsula apenas uma vez.</u>	<b>Passo 3a:</b> <b>Expire totalmente</b> <u>Não sopre para o inalador.</u> 	<b>Verifique se a cápsula está vazia</b> Abra o inalador para verificar se ainda existe algum pó na cápsula.  <ul style="list-style-type: none"> <li>Se ainda existir pó na cápsula: Feche o inalador.</li> <li>Repita os passos 3a a 3c.</li> </ul>
<b>Passo 1b:</b> <b>Abra o inalador</b>   <b>Passo 1c:</b> <b>Remova a cápsula</b> Separe um dos blisters da tampa. Retire a película protetora do blister e retire a cápsula. <u>Não pressione a cápsula através da película de alumínio.</u> <u>Não engula a cápsula.</u>	<b>Passo 2b:</b> <b>Solte os botões laterais</b> 	<b>Passo 3b:</b> <b>Inale profundamente o medicamento</b> Segure o inalador conforme a figura. Coloque o aplicador bucal na boca e feche os lábios firmemente à volta do aplicador bucal. <u>Não pressione os botões laterais.</u> Inspire rapidamente e o mais profundamente que conseguir. Durante a inalação vai ouvir um zumbido. Poderá sentir o sabor do medicamento enquanto inspira.  <b>Passo 3c:</b> <b>Sustenha a respiração</b> Sustenha a respiração durante pelo menos 5 segundos. 	<b>Retire a cápsula vazia</b> Coloque a cápsula vazia no seu lixo doméstico. Feche o inalador e reponha a tampa. 