



# sexualidade planeamento familiar

**ADF**

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA

nº **44/45**



Pág. **3** A Mulher no Pós-Referendo

Pág. **8** Gravidez e Maternidade Precoces  
*O Problema e a Intervenção*

Pág. **19** Procriação Medicamente Assistida  
e a Legislação Portuguesa

Pág. **38** Mulheres e VIH/SIDA

**40**  
anos



# sexualidade planeamento familiar

<b>Director</b>	José Pacheco
<b>Coordenadora</b>	Elisa Guerreiro
<b>Conselho Editorial</b>	Ana Nunes de Almeida (Sociologia) António Manuel Marques (Sociologia) Conceição Brito Lopes (Direito) David Rebelo (Ginecologia/Obstetrícia) Duarte Vilar (Sociologia) Francisco Allen Gomes (Sexologia) Gabriela Moita (Psicologia, Educação e Sexologia) João Dória Nóbrega (Ginecologia/Obstetrícia)
<b>Propriedade</b>	APF - Associação para o Planeamento da Família
<b>Redacção e Sede</b>	Rua da Artilharia Um 38 - 2ª dt, 1250-040 Lisboa Tel. 21 385 39 93   Fax 21 388 73 79 apfportugal@mail.telepac.pt
<b>Design e Produção</b>	Ideias Virtuais Rua Acácio de Paiva, 16 - 2ª esq, 1700-006 Lisboa Tel. 21 845 13 90   Fax 21 845 13 91 ideiasvirtuais@ideiasvirtuais.pt
<b>Fotografia de Capa</b>	Pedro Vilela
<b>Registo</b>	106 347
<b>Depósito Legal</b>	74683/94
<b>ISSN</b>	0872 - 7023
<b>Tiragem</b>	3200 exemplares
<b>Preço de Capa</b>	€2,5
<b>Assinatura Anual</b>	€9 - Particulares €15 - Instituições

## Sumário

nº 44/45 • Janeiro/Junho 2007

### Editorial

- 1 *José Pacheco*

### Dia Internacional da Mulher

- 3 A Condição da Mulher no pós-referendo - *Manuela Sampaio*
- 5 A violência nas relações afectivas: Diagnóstico e estratégias de prevenção - *Nelson Rodrigues*
- 8 Gravidez e Maternidade Precoces - *Inês Eugénio Malta, Otilia Roque, Sara Duarte, Sónia Ventura*
- 19 Legislação Portuguesa sobre Procriação Medicamentosa Assistida - *Mário Sousa, Rosália Sá*
- 27 Uma "Observação" sobre a Contracepção Oral de Emergência - *Maria João Branco, Baltazar Nunes, Vera Gouveia, José Guerreiro*
- 38 O VIH/SIDA e as mulheres, uma abordagem de género - *Carla Martingo*

### Internacional

- 42 Intervenção na Apresentação Pública em Portugal do Relatório do UNFPA "A Situação da População Mundial 2006" - *João Gomes Cravinho*

A revista Sexualidade e Planeamento Familiar publica artigos e notas de investigação ou debate nos domínios ligados à saúde sexual e reprodutiva e à actividade da APF. Os originais podem ser enviados em disquete ou por email, não devendo ultrapassar os 19 500 caracteres. Os artigos deverão ter indicação do(s) nome(s) do(s) autor(es), referência ao seu estatuto profissional e contacto para correspondência.

As referências bibliográficas (apenas as citadas no texto) deverão ser indicadas por ordem alfabética no final do texto, obedecendo às seguintes normas:

López, F.; Fuertes, A. (1999) *Para Compreender a Sexualidade*. Lisboa: APF.

Gomes, F. A. (1987). A sexualidade na segunda metade da vida. In F. Allen Gomes; Afonso de Albuquerque; J. Silveira Nunes (Coords.) *Sexologia em Portugal*, vol I (pp. 94-103). Lisboa: Texto Editora.

Savin-Williams, R. C.; Diamond, L. M. (2000) Sexual identity trajectories among sexual minority youths: gender comparisons. *Archives of Sexual Behaviour*, 29 (6), 607-627.

A equipa editorial reserva o direito de, com conhecimento e anuência dos autores, proceder a alterações ou adaptações do texto ou das figuras e quadros dos artigos para publicação.

# Editorial

José Pacheco [Director]

*Para a história, é importante ficar escrito que a APF esteve, desde sempre, na primeira linha da luta pelo direito ao aborto legal e seguro em Portugal, no contexto da promoção da saúde, da dignidade e dos direitos das mulheres e dos casais, e da própria transparência da sociedade portuguesa.*

Em primeiro lugar, um apontamento sobre a vitória do SIM no referendo de Fevereiro passado sobre a legalização do aborto. Para mim, esperada, se tiver em conta o que escrevi no anterior editorial: «Quem está seguro da força das suas convicções não precisa de subterfúgios. Quem se socorre deles e de argumentos de ocasião é porque presente a derrota do seu ideário».

Mas, muito mais importante do que as minhas previsões, foi o gigantesco esforço da Direcção Nacional, das Direcções Regionais, do Director Executivo, dos muitos voluntários e trabalhadores da APF para viabilizar a possibilidade de uma mulher realizar um aborto em condições legais e seguras. Para todos dirijo o meu apreço e um expresso elogio sobre o trabalho desenvolvido. Para a história, é importante ficar escrito que a APF esteve, desde sempre, na primeira linha da luta pelo direito ao aborto legal e seguro em Portugal, no contexto da promoção da saúde, da dignidade e dos direitos das mulheres e dos casais, e da própria transparência da sociedade portuguesa.

Em segundo lugar, uma referência particular para o empenhamento que a classe política e os organismos governamentais colocaram na questão. Em cinco meses, legislou-se e, mais importante ainda, regulamentou-se a lei, de modo que posso hoje afirmar que é agora possível uma mulher abortar em condições legais e seguras. Tenho que confessar que me senti surpreendido, na exacta medida em que, com excessiva frequência, estes processos são bastante mais morosos. Neste contexto específico, uma menção elogiosa para todos os que de algum modo contribuíram para que as mulheres deste país possam abortar em condições legais e seguras.

No entanto, este número da revista mostra que os problemas da mulher estão longe de se esgotar na questão do aborto. Inclusive porque é essencial que este se vá tornando cada vez mais raro. E, neste contexto, o acesso facilitado ao planeamento familiar, assim como à contracepção de emergência são, seguramente, instrumentos decisivos, para reduzir as taxas de aborto em Portugal.

Também a Procriação Medicamente Assistida é uma questão pertinente, na exacta medida em que os problemas de fertilidade têm, nos últimos trinta anos, crescido significativamente, devido, entre outros factores, ao facto de as mulheres e também os homens desejarem ter filhos numa idade mais tardia. Também aqui é preciso legislar sem preconceitos. Para nos adequarmos às novas técnicas disponíveis. Para evitar que as mulheres solteiras, heterossexuais ou homossexuais, que queiram ter um filho só o possam fazer em Espanha.

Os problemas específicos da SIDA também afectam a mulher de um modo singular. A elevada vulnerabilidade ao contágio ou a baixa percepção de risco são aspectos que importa considerar.

A violência nas relações afectivas continua a ser um assunto na ordem do dia. Em 2006, 39 mulheres portuguesas morreram devido à violência dos «companheiros» por variados motivos. Por ciúmes ou por não ter feito a refeição a horas. Representam 16% de todos os homicídios ocorridos, em Portugal. Mas, exceptuando estes casos drásticos, frequentemente a violência doméstica fica na impunidade. No passado, porque havia vergonha de relatar a violência. Agora porque, apesar das queixas das mulheres terem crescido exponencialmente na última década, a violência doméstica raramente é punida. Só 1% dos casos é merecedor de pena de prisão. Temos ainda um longo caminho a percorrer até que as relações afectivas sejam pautadas pelo respeito, dignidade e liberdade da mulher. E também do homem, porque também existem mulheres que exercem violência sobre os «companheiros». Pode ser menos frequente, pode ser mais de tipo psicológico, mas não deixa de ser, de igual modo, violência.

Em síntese, e para concluir, um número que é qualitativamente bastante bom e que se inscreve na linha editorial que desejamos implementar na revista. A todos os que contribuíram para este número agradeço. X

# A Condição da Mulher no pós-referendo

Manuela Sampaio [Presidente da APF]

O dia 8 de Março de 2007, Dia Internacional da Mulher, foi assinalado em Portugal, como o dia da votação final da proposta de Lei referente à IVG, seguindo as indicações dos resultados do referendo. O simbolismo deste evento é de salientar, atendendo a que em anos anteriores, as comemorações e as declarações efectuadas na celebração do Dia da Mulher eram invariavelmente relativizadas pela situação vivida anualmente em Portugal por milhares de mulheres anónimas, a braços com as sequelas do recurso ao aborto ilegal. Sequelas derivadas do peso económico e da possibilidade da sanção legal que arrastava a culpabilidade social e moral. Este ano, o dia dedicado às mulheres trouxe consigo a certeza de uma compreensão social bastante alargada e um alívio de consciências que permite às mulheres terem a certeza de que as suas fragilidades biológicas, as suas ambiguidades afectivas e o seu sofrimento moral são compreendidos por uma parte relevante do colectivo social. Esta diferença é significativa. Resta-nos esperar que a especificação da Lei e sobretudo a sua operacionalização confirmem as boas intenções largamente enunciadas e que tudo se passe garantindo o máximo de privacidade e dignidade, evitando-se a menorização das pacientes e a consequente perda de privacidade e a continuação da pressão e censura moral, sem descurar um acompanhamento cuidadoso em termos de planeamento familiar e apoio psicológico e/ou social, quando necessário.

Mas 2007 é também o Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos, pelo que é essencial lembrar que há ainda zonas de vida da generalidade da vida das mulheres portuguesas que precisam da nossa atenção. Não podemos esquecer que as mulheres portuguesas são ao nível da UE as que mais trabalham

fora de casa, acumulando num desafio constante designado por conciliação, os seus quotidianos e responsabilidades ao nível profissional, familiar, pessoal e (esperamos que num futuro próximo se inclua na agenda de prioridades políticas) a intervenção cívica e política. Se esse facto não bastasse, assiste-se, de forma mais agravada no início deste século, à discriminação da mulher trabalhadora, quer a que ambiciona construir uma carreira, quer a que não encontra como disponível, senão trabalho precário e futuro a prazo das oportunidades estratégicas e responsabilidade sociais. Essa discriminação pauta-se por salário inferior ao dos homens, para as mesmas funções, pela pressão para o adiamento da maternidade, ou a não usufruição dos direitos que lhe são devidos nessa situação, sob a ameaça de perda do posto de trabalho. Esta terá de ser uma nova luta - garantir à mulher portuguesa o direito ao exercício da maternidade em tempo que considere o mais adequado para a sua realização pessoal, sem pressões sociais (ou demográficas?).

Neste 8 de Março de 2007, e porque falamos dos Direitos das Mulheres, que são sempre Direitos Humanos, não podemos calar que:

- pelo menos 500 000 mulheres na Europa são traficadas anualmente com o objectivo de exploração sexual
- 4 milhões de mulheres e raparigas são compradas e vendidas por ano no mundo inteiro, tendo em vista o casamento, a prostituição ou a escravatura
- uma em cada quatro mulheres grávidas foi abusada



- estima-se que violência sexual, intra e extra-familiar, coerção, tráfico, casamentos forçados, “venda da noiva” e práticas tradicionais prejudiciais, como o Corte dos Genitais Femininos (MGF), integram o quotidiano de mais de 20 milhões de raparigas adolescentes em cada ano

Em 8 de Março de 2007 as mulheres representam +70% de 1.2 mil milhões de pessoas que vivem em situação de pobreza extrema em todo o mundo, ou seja, com menos de 80 cêntimos/dia.

Em 8 de Março de 2007, dos 130 milhões de crianças no mundo que não frequentam escolas, dois terços são raparigas e dos 920 milhões de iletrados em todo o mundo, dois terços são mulheres.

Em 8 de Março de 2007 o parto continua a ser uma das principais causas de morte evitáveis em mulheres, tirando a vida a uma mulher por minuto e metade dos novos casos de infecção pelo VIH/ SIDA ocorre nos jovens dos 15 aos 24 anos, e as raparigas são a população em maior risco.

Em 8 de Março de 2007 a violência e discriminação por ser mulher resulta em:

- Pouco acesso aos cuidados de saúde, educação, emprego e instituições sociais e legais

- Índices maiores de morte, morbilidade ou incapacidade relacionada com gravidez e maternidade
- Maior vulnerabilidade às infecções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH/ SIDA
- Responsabilidade acrescida de cuidar do agregado familiar em detrimento dos seus direitos individuais e de cidadania.

Estamos a perder o futuro, não criando as condições sociais que permitam às mulheres e aos casais criarem os seus projectos comuns, por onde passe o direito à habitação, ao trabalho condigno e ao direito de maternidade e paternidade desejada, reconhecido e apoiado. Que sociedade é esta que não cria condições para o exercício da maternidade e da paternidade responsáveis? Esta terá de ser também a nossa luta!

Uma das lutas pela escolha digna e consciente está terminada! Congratulemo-nos com este facto, cumprimentando todas as mulheres e todos os homens que para tal contribuíram. Obrigada a todas e a todos! Passemos adiante! Há ainda outras lutas a travar! **x**

# A violência nas relações afectivas: Diagnóstico e estratégias de prevenção

Nelson Rodrigues [Psicólogo Educacional, Técnico da APF Alentejo]

A história da humanidade é pautada por episódios de violência, encontrando-se esta desde sempre associada à vivência da humanidade e às suas experiências enquanto ser social. Talvez por isto a sua erradicação se tenha mostrado até ao momento impossível, apesar dos inúmeros esforços dirigidos nesse sentido.

Actualmente é-nos fácil estabelecer critérios e definir tipologias de violência, vejamos, por exemplo, os termos: *violência étnica, social, política, contra grupos, contra indivíduos, auto-dirigida, dirigida a terceiros ou centrada no género*. No centro do presente artigo encontramos a violência dentro das relações de namoro, com especial incidência sobre a agressão sexual. Não sendo um fenómeno novo, podemos constatar que, segundo Kuffel & Katz (DATA) as relações de namoro, além de poderem providenciar ao indivíduo sentimentos de bem-estar, de companheirismo, de intimidade, de suporte e de estatuto social, podem também ser uma fonte de mal-estar físico e psicológico.

A agressão na intimidade pode assumir variadas formas, como por exemplo a violência física, a violência psicológica e a coacção sexual. Empurrões, estalos, ou atirar objectos são as formas de abuso mais comuns na agressão física, enquanto que o abuso psicológico na relação tendencialmente envolve gritos, insultos ou chamar nomes. A coacção sexual é outro tipo de agressão relacional, sendo que esta inclui muitos comportamentos, que vão desde beijos até ao coito. Por definição estes actos envolvem a falta de consento e a utilização de “força” física ou verbal.

Assim, e para a facilitar a descrição do projecto que este artigo aborda, distinguem-se dois momentos. Um de recolha e análise de dados de modo a caracterizar o panorama das relações afectivas e da violência presente

nas mesmas, e, um segundo momento, de devolução de resultados junto dos inquiridos. Como tal, primeiramente apresentam-se os resultados encontrados, e posteriormente uma descrição das devoluções de resultados.

## 1. OS RESULTADOS:

Através da aplicação de um questionário junto de 596 inquiridos, recolheram-se vários dados referentes à caracterização da relação de namoro, às experiências sexuais não desejadas, à presença de comportamentos violentos na relação, às consequências de discussões e aos motivos para as mesmas. Relativamente aos dados obtidos constata-se que as relações sobre as quais os inquiridos responderam apresentam características importantes, nomeadamente terem uma duração superior a 12 meses, sendo descritas como relações de elevado grau de compromisso e importância. Já em relação às interações sexuais não desejadas, sendo estas questões especificamente dirigidas a mulheres, constata-se que das 444 inquiridas:

- 11,5% já sofreram contactos sexuais não desejados (beijos, carícias);
- 5,2% viveram situações de coacção sexual (pressão exercida para levar uma pessoa a relações/interacções sexuais);
- 1,6% haviam experienciado uma tentativa de violação;
- 0,9% responderam positivamente a itens que seriam considerados experiências de violação;

No que concerne aos comportamentos violentos nas relações afectivas, aqueles que apresentam valores mais elevados são exactamente os de violência sexual, com “Beijar o/a parceiro/a” e “Apalpar o/a parceiro/a” contra o seu desejo a obter resultados entre os 30 e os 40%, e os comportamentos de violência verbal-emocional, em que “Falar em tom hostil ou agressivo” atinge cerca de 70% de incidência.

Analisando os resultados para os motivos de uma discussão, salienta-se com um valor mais elevado os ciúmes provocados pelo/a parceiro/a, com 62,4% das respostas a afirmar já ter discutido na presente relação devido a ciúmes.

Finalmente, apresentando as consequências de uma discussão, constata-se que os valores mais elevados se centram na deterioração da relação (“Senti-me decepcionado/a” com 62,9% de respostas positivas) e no sentimento de culpabilidade (“Senti culpa pelo que aconteceu” com 83% de respostas afirmativas).

Aproveitando estes resultados globais, optou-se por comparar em termos médios grupos constituídos a partir da amostra original. Alguns resultados foram algo surpreendentes, como poderão em seguida verificar.

#### COMPARAÇÃO POR GÉNERO:

Homens	Mulheres
Mais agressivos e agredidos sexualmente	Menor número de parceiros
Sofrem mais agressões relacionais <sup>1</sup>	Maior grau de compromisso e maior tempo de duração da relação
Apresentam valores médios mais elevados ao nível das consequências físicas	Afirmam-se mais violentas fisicamente

#### COMPARAÇÃO POR TIPO DE ENSINO:

Ensino Secundário	Ensino Profissional	Ensino Superior
Apresentam, em média, menos vezes o motivo “Insatisfação com o/a Parceiro/a” para as discussões	Globalmente apresentam maior número de relacionamentos do que os outros grupos	São os que se afirmam mais violentos verbal e emocionalmente nas relações

6

#### COMPARAÇÃO POR IMPORTÂNCIA DA RELAÇÃO:

Pouco Importante	Importante	Muito Importante
Apresentam, em média, resultados mais elevados para a violência relacional	Caracterizam-se como sendo simultaneamente mais agressores e agredidos sexualmente	Apontam a culpabilização como principal resultado da discussão

(1) Entendendo-se por violência relacional lesar uma pessoa através do engano ou manipulação das suas relações sociais, por exemplo, manipulação dos grupos de pares.



Atente-se então em dois resultados no mínimo curiosos, em primeiro lugar são as mulheres que se afirmam mais violentas fisicamente, segundo, são os alunos mais velhos (Ensino Superior) que se afirmam mais violentos verbalmente, e, por último será nas relações consideradas importantes que se dão com maior frequência comportamentos de violência sexual.

## 2. ACTIVIDADES DE DEVOLUÇÃO DE INFORMAÇÃO/RESULTADOS:

### Ensino Superior:

O objectivo central nestas sessões era o devolver da informação, de modo a que esta pudesse ser suficientemente explícita, e que permitisse simultaneamente que a mesma pudesse ser alvo de debate e discussão. Depois de feitas as referências metodológicas, mostrava-se a caracterização da amostra, separada em função do género, da faixa etária, do grau de ensino, do compromisso na relação e da importância da mesma. A apresentação destes dados permitia um grau de identificação do público-alvo na sessão com os dados que se apresentavam. Em seguida apresentava-se a prevalência de todos os outros resultados, iniciando-se pela prevalência de casos de vitimização sexual, depois os comportamentos agressivos, seguidos dos motivos e das consequências da discussão. Em todos os momentos os alunos eram convidados a comentar os dados apresentados pelo que se geraram algumas discussões muito interessantes, e durante as quais muitas vezes alguns mitos e crenças associados à violência sexual ou relacional vinham “ao de cima”.

### Ensino Secundário:

As sessões para este nível de ensino decorriam de modo diferente, uma vez que eram particularmente enfatizados os aspectos da participação interactiva. Assim, de forma esquemática definiram-se os seguintes objectivos:

- Clarificar as noções de violência, violência de género, violência relacional, violência sexual;
- Desmistificar alguns mitos associados a interacções sexuais não desejadas;
- Devolver alguns dados da investigação em curso;
- Dar a conhecer aspectos legais associados a experiências sexuais não desejadas;
- Exercitar comunicação assertiva e, simultaneamente resistência à pressão;

Concluindo este ponto dedicado à devolução de resultados, não seria correcto terminá-lo sem fazer alguma referência às avaliações realizadas por parte dos participantes, uma vez que estas na sua totalidade se apresentaram como francamente positivas.

Finalmente, para concluir, gostaria apenas de deixar o mais sincero agradecimento a todos aqueles que conosco colaboraram, tornando de facto este projecto possível e conferindo-lhe um elevado grau de qualidade. x

# Gravidez e Maternidade Precoces

Inês Eugénio Malta<sup>1</sup>, Otilia Roque<sup>2</sup>, Sara Duarte<sup>3</sup>, Sónia Ventura<sup>4</sup>

*Partindo de um conjunto de questões sobre a problemática da gravidez e da maternidade precoces dividido em dois blocos centrais - o Problema e a Intervenção - , as próximas páginas apresentam a experiência e vivência de técnicas da APF que resultaram de projectos de intervenção/acção desenvolvidos junto de grávidas e mães adolescentes.*

## O Problema

---

**ACHAM TECNICAMENTE ADEQUADO O USO DO CONCEITO DE MATERNIDADE E GRAVIDEZ PRECOCE?**

**(DR Alentejo)** - Tendo em conta que todos os anos morrem quatro milhões de recém-nascidos durante o primeiro mês de vida, em muitos casos apenas porque as mães são demasiado jovens para dar à luz; os bebês de mães adolescentes têm 1,5 mais hipóteses de morrer antes de completar um ano do que aqueles cujas mães são mais velhas. As adolescentes estão expostas a um risco mais elevado de parto prematuro. Como, em geral, o seu corpo ainda não está plenamente desenvolvido e pronto para o parto, é mais provável que as adolescentes tenham um parto prolongado. Os riscos são ainda maiores no caso de raparigas pobres que não cresceram o que deviam em consequência de mal nutrição. Na ausência de uma intervenção médica, geralmente o bebê morre. Poderíamos falar de gravidez na adolescência, reportando-nos à definição da ONU. Adolescentes: pessoas com idades compreendidas entre 10 e 19 anos (princípio da adolescência: de 10 a 14 anos; fim da adolescência: de 15 a 19 anos). Mas esta definição pode ser mais interessante em termos estatísticos e menos adequada quanto a “gra-

---

(1) Psicóloga, Projecto Mamãs de Palmo e Meio, APF/Delegação Regional do Alentejo

(2) Psicóloga, Coordenadora do Projecto Mamãs de Palmo e Meio, APF/Delegação Regional do Alentejo

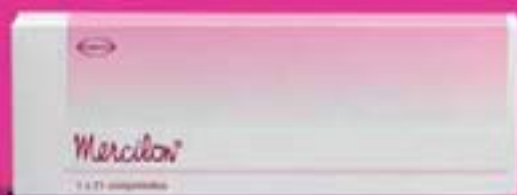
(3) Socióloga, Projecto Prevenção da Gravidez e da Maternidade Precoce na Adolescência, APF/Delegação Regional de Lisboa

(4) Psicóloga, Projecto Prevenção da Gravidez e da Maternidade Precoce na Adolescência, APF/Delegação Regional de Lisboa

# Mercilon 20/10

Etinilestradiol 20 mcg DESOGESTREL 150 MCG

Há 15 anos...



**EFICAZ<sup>(1)</sup> E BEM TOLERADA<sup>(2)</sup>**



**BOM CONTROLO DE CICLO<sup>(2)</sup>**



**EFEITO NEUTRO  
SOBRE O PESO CORPORAL<sup>(2)</sup>**



**ELEVADO GRAU DE SATISFAÇÃO<sup>(2)</sup>**

**Organon**

ORGANON PORTUGUESA - Produtos Químicos e Farmacéuticos, Lda.  
Av. José Malhoa n.º 14, 8.º/2.º 1075-039 Lisboa

Teléfono 21 724 77 77 - Fax 21 725 77 76  
Cap. Social 225.000 Euros - Pôrt. no. Côm. de Reg. Côm. Lisboa n.º 43.823 - Côm. n.º 308.238.134

[www.organon.pt](http://www.organon.pt)

Ref. bibliográficas:

(1) Lammert, Op. des. Belg. Acta Obstet. Gynecol. Scand. 1991; 70: 487-500; (2) Gruber et al., Treat. Endocrinol. 2006; 5(2): 115-121; (3) P. Lavin, C. Bravo, Eur. J. Contracept. Reprod. Health Care 2002; 7(suppl. 1): 66

vidade precoce” para a estruturação de programas de intervenção. O que se pretende é, ou não é, prevenir a gravidez precoce?

A nossa resposta é sim. No entanto, parece-nos pertinente lembrar que há que ter em consideração que em termos de probabilidades os riscos diminuem à medida que avançamos em termos de idade e que os factores endógenos deverão ser tomados em consideração. Poderemos ter uma gravidez precoce numa rapariga com 20 anos (devido à sua imaturidade e uma “gravidez na adolescência” que tecnicamente poderia não ser considerada precoce, numa rapariga com 17 anos, devido à sua maturidade).

**(DR Lisboa)** - A precocidade é, por definição, algo que acontece antes do tempo. Neste sentido, parece-nos que considerar a gravidez e maternidade na adolescência como um sinónimo de gravidez e maternidade precoce pode ser demasiado generalista e/ou mascarar alguns casos específicos. Isto é, não tem em conta situações em que a gravidez ou maternidade de uma adolescente pode não ser - para ela - precoce (pode ter sido planeada e, portanto, não estar a acontecer antes do tempo) ou situações em que uma gravidez ou maternidade de uma adulta pode ser considerada precoce, porque aconteceu antes do que tinha planeado e ainda não se sente preparada. Neste sentido, a precocidade pode ter mais a ver com o contexto em que a gravidez e a maternidade acontecem do que com a idade da mãe.

Adjectivar de precoce uma gravidez e/ou maternidade tem muito a ver com o ponto de vista de quem a está a analisar. Penso que é porque nós, técnicos, acreditamos que ser mãe na adolescência é precoce (e, consequentemente, limitador ou factor de risco para a vida

pessoal, familiar, escolar e/ou profissional e social) que trabalhamos no sentido de prevenir ou apoiar esta situação. Porque acreditamos que uma jovem formada e informada no que diz respeito à vivência da sexualidade, ao planeamento familiar e à sua saúde sexual e reprodutiva de forma geral, considerará que ser mãe/pai na adolescência pode ser precoce e, consequentemente, acarretar consequências negativas, que trabalhamos nesta área. Mas a verdade é que encontramos situações em que as próprias pessoas implicadas não consideram a gravidez ou maternidade precoces, quer seja por razões pessoais, culturais, sociais, familiares ou outras (o que não significa que não podemos apoiá-las, mas que a intervenção deve ser, naturalmente, diferente).

Apenas para completar, pensamos que é importante referir que existem casos em que temos, de facto, uma gravidez/maternidade que é precoce por razões de imaturidade biológica, muitas vezes acentuada pelos escassos cuidados pré-natais.

#### QUE PERFIL SOCIAL TÊM AS MÃES ADOLESCENTES?

**(DR Alentejo)** - As mães adolescentes têm a sua identidade pessoal. Parece-nos importante reforçar a ideia de que não há “adolescentes”, “jovens”, “mães adolescentes”... há adolescentes ou jovens que são mães. Cada rapariga é única, cada caso tem as suas especificidades. Há analogias que parecem dever-se sobretudo ao contexto geográfico e sociocultural. As raparigas que contactámos, ao longo do desenvolvimento do projecto *Mamãs de palmo e meio* não representam o universo das jovens mães residentes no distrito de Évora. Sabemos que não foram estabelecidos contac-

tos com mães adolescentes cujas famílias de origem são mais abastadas e sabemos, da literatura, que nos grupos economicamente mais favorecidos há uma maior percentagem de IVG, no que respeita às adolescentes e jovens. O grupo Modal tinha o segundo ciclo do ensino básico, eram domésticas (o que significa que não tinham qualquer ocupação na formação/educação ou no trabalho, e por isso economicamente dependentes dos parceiros e/ou das famílias de origem), a sua família de origem era agregada, coabitavam com os pais dos seus filhos.

**(DR Lisboa)** - As mães adolescentes com as quais tivemos contacto pertencem, em geral, a famílias numerosas ou a agregados familiares alargados (vários irmãos, respectivos cônjuges, filhos destes e avós a viverem na mesma casa). De um modo geral, já não se encontram a estudar (nem estavam a estudar quando engravidaram) e também não trabalhavam. As que o faziam tinham actividades precárias (como trabalhar nas limpezas ou na restauração, em horários flexíveis e curtos, frequentemente colegas das mães e/ou irmãs) e, com estas jovens, tivemos menor contacto. A maior parte vive de apoios vários: por exemplo, o Rendimento Mínimo Garantido (RMG) de que são as beneficiárias directas ou abrangidas pelo RMG dos pais, e o Banco Alimentar da Igreja da freguesia. O vencimento do companheiro é ainda uma fonte de sustento a considerar, em muitos casos.

Em termos de escolaridade, raramente têm a escolaridade obrigatória (o mais comum é terem desistido no 5.º ou 6.º ano, após alguns insucessos), o que condiciona ainda mais a sua integração consistente no mercado de trabalho.

## E OS COMPANHEIROS DAS MÃES ADOLESCENTES?

**(DR Alentejo)** - Os homens eram mais velhos (em média seis anos e meio), o grupo Modal tinha entre 20-25 anos, o segundo ciclo do ensino básico, trabalhavam por conta de outrem e as suas famílias de origem eram agregadas. Também aqui encontrámos diversidade de situações. De salientar que apenas 20% tinha menos de 20 anos à data de início da gravidez.

**(DR Lisboa)** - Salientamos que se teve muito menos trabalho com os companheiros do que com as jovens. Em primeiro lugar, porque eles são muito menos disponíveis e abordáveis: uma parte deles trabalha e quase todos estão afastados dos serviços onde nos movimentávamos: Centro de Saúde, Centro Comunitário, Gabinete da Câmara... Assim, a única forma de aproximação era o trabalho de rua, sobretudo nos cafés, nas ruas, em visitas domiciliárias ou através das próprias mães adolescentes.

Por outro lado, os pais dos bebés vivem geralmente com as mães adolescentes, apesar de se notarem variações mais ou menos repetidas: zangam-se e separam-se, reconciliam-se e juntam-se novamente.

Os companheiros são mais ou menos das mesmas idades que as jovens mães, a maioria das vezes 1 ou 2 anos mais velhos. Em raros casos conhecemos pais francamente mais velhos (com 30 anos ou mais, recordamos apenas 2 casos). Quando trabalham, o mais comum é “fazerem umas horas nas obras”. Se não trabalham, passam muito tempo no bairro, seja em casa, no café ou nas ruas, em locais mais ou menos recorrentes. A escolaridade é semelhante à das suas companheiras: raramente têm a escolaridade obrigatória.

**EM QUE MEDIDA ESTAS GRAVIDEZES SÃO OU NÃO DESEJADAS E QUAIS OS FACTORES / CAUSAS QUE ESTÃO NA BASE DO PROSSEGUIMENTO DA GRAVIDEZ?**

**(DR Alentejo)** - A quase totalidade das raparigas foi peremptória sobre a sua vontade de prosseguir com a gravidez. Passadas as primeiras horas de constatação da gravidez, em que na maioria dos casos são descritos sentimentos confusos e a hipótese de interrupção é colocada, a decisão de levar a gravidez a termo é clara. Algumas planearam a sua gravidez (e para tal, em alguns casos, interromperam a toma da pílula). Lembramos que o projecto *Mamãs de palmo e meio* se dirigiu especificamente à maternidade na adolescência e que os casos de gravidez que não chegaram ao seu termo não foram objecto da nossa intervenção e/ou estudo.

12

**(DR Lisboa)** - Como elas referem, “aconteceu”! Trata-se, na maioria, de acidentes calculados. Ou seja, estas jovens sabiam que podiam engravidar, mas ou não usavam nada ou usavam contraceção “às vezes”! Passando pela fantasia própria da idade de que só acontece aos outros e acrescentando por vezes “se acontecer logo se vê!”

Estas gravidezes podem não ser conscientemente planeadas mas são-no desejadas. Para muitas das jovens é mais o medo da reacção dos outros, nomeadamente dos familiares, que as mantêm mais cépticas, e tudo isto é temporário. Após a comunicação da notícia e das primeiras reacções, estas jovens passeiam as suas barrigas de forma orgulhosa e assumida! Algumas destas gravidezes foram silenciosamente desejadas, eis o momento de lhes dar voz! Visto que este é o projecto

de vida de muitas jovens quando outros falham: como a escola, a vida familiar, a procura de curso profissional ou emprego. Ao serem mães ascendem a um estatuto hierárquico dentro da família, e dentro do meio em que estão inseridas. A maternidade ainda é um momento de “estado de graça”, que se centra em torno da grávida, tendo assim a jovem um momento único de atenção.

Em alguns bairros de realojamento é um fenómeno social esperado, já as mães delas o foram, as irmãs/irmãos, vizinhas, cunhadas também! O ciclo da gravidez precoce repete-se e é socialmente aceite.

Não nos podendo esquecer que em algumas culturas, como a cigana, é algo ansiosamente esperado, caso a jovem não seja mãe cedo poderá ser excluída da sua própria comunidade! Relativamente aos factores e causas que estão na base do prosseguimento da gravidez e tal como referido anteriormente, a gravidez é um projecto de vida quando outros não têm lugar. Estas jovens não se sentem “competentes” em mais nada, sendo a gravidez e a posterior maternidade um momento de valorização. Muitas delas que conhecemos, já cuidavam anteriormente dos seus irmãos, sobrinhos ou mesmo vizinhos, já assumiam uma responsabilidade de adulto dentro do seio familiar. É chegada a hora de preencherem estas funções mas com um bebé delas!

A gravidez dá-lhes uma mudança de estatuto, passam de meninas a mulheres, de raparigas a mães. Confirmam a sua feminilidade através da maternidade. Ao nível das competências parentais estas jovens desempenham o seu papel de igual forma que as mães adultas do meio em que estão inseridas.

Algumas destas gravidezes acabam por ter a função de

mudança de lar, é frequente encontrar estas jovens a viverem com o pai do seu filho/a, junto da família dele. As jovens que se mantêm em casa dos pais são as que por vezes o pai do filho/a não tem relacionamento amoroso com elas. Porque quando existe relacionamento afectivo entre os jovens pais, a família dele “adopta” a jovem, até que o casal possa ter a sua própria casa.

#### **QUAIS OS IMPACTOS DA MATERNIDADE PRECOCE NA VIDA PESSOAL, FAMILIAR, ESCOLAR E/OU PROFISSIONAL DAS JOVENS?**

**(DR Alentejo)** - Os impactos da maternidade não foram avaliados devido ao curto período de desenvolvimento do projecto. De qualquer forma consideramos que na quase totalidade dos casos a gravidez não interrompeu um projecto de vida (p.e. formação e carreira) pois não existia um projecto delineado. A gravidez pode ter contribuído para tornar urgente e necessário desenhar um projecto de vida, até aí inexistente ou adiado. A interrupção dos estudos, a procura de um trabalho (provavelmente precário e mal remunerado), a dependência económica são factores que já estavam perspectivados nas suas vidas, independentemente da gravidez. Parece-nos que são as limitações ao desenvolvimento pessoal provocadas pelo ecossistema, que condicionam o futuro e não a maternidade de per si.

**(DR Lisboa)** - Os impactos negativos da maternidade não desejada (e, por isso, precoce) podem ser orgânicos, psicológicos, educativos, sócio-económicos e relacionais. Relativamente aos impactos orgânicos é importante referir que a imaturidade biológica é muito im-

portante apenas em jovens com menos de 15, 16 anos. Acima desta idade, destaca-se, como causa de risco, o escasso ou nulo cuidado pré-natal – uma vez que a não desejabilidade destas gravidezes leva à ocultação - ou maus hábitos de saúde (muitas vezes associados ao baixo estatuto sócio-económico). Controlando esta variável, desaparece o risco, excepto para menores de 16 anos em que o cuidado pré-natal não elimina os riscos. Os impactos psicológicos mais comuns são o medo e a ansiedade, um sentimento de frustração das expectativas de futuro, uma baixa eficácia pessoal percebida, maior incidência de baixa auto-estima, stress, depressão e suicídios. Naturalmente que, face aos factores psicológicos, podemos sempre colocar a questão se estes serão impactos ou causas para uma gravidez não desejada, uma vez que também sabemos que as adolescentes com uma baixa auto-estima, por exemplo, correm um maior risco de gravidez não desejada.

Em termos educativos e profissionais pode dizer-se que há, muitas vezes, problemas escolares e/ou abandono dos estudos (mais uma vez podemos colocar a questão: as más relações com a escola e/ou o abandono escolar são consequência ou causa?), dificuldade de inserção no mercado de trabalho e interferência com a possibilidade de conseguir rendimentos suficientes. Isto pode acarretar muitas dificuldades económicas e, até, dependência da assistência social. A rejeição social pode também acontecer, por parte dos parceiros, amigos, vizinhos, outros familiares e mesmo os pais, o que a priva de fontes de apoio social quando mais necessita. Tudo isto é agravado quando a gravidez se repete. Apesar de tudo, alguns estudos longitudinais mostram-nos que estas consequências tendem a atenuar-se com o passar dos anos.

### EXISTE UM PROBLEMA DE RECIDIVA?

**(DR Alentejo)** - Consideramos que sim. É uma área importante de intervenção. Muitas destas gravidezes ocorreram pela não utilização sistemática e correcta de meios contraceptivos. Há que analisar essa possibilidade com as jovens, colocar esse risco no desenho do projecto de vida que se vai construir e criar as condições para que estas raparigas e os seus parceiros desenvolvam as competências necessárias para que a recidiva não se concretize e, paralelamente, garantir-lhes o acesso aos meios (contraceptivos e não só) necessários.

**(DR Lisboa)** - Sim, existe! Estas jovens voltam a engravidar muitas vezes na adolescência ou a sair dela, mas da mesma forma que engravidaram da primeira vez. Ou seja, acidentalmente! O que sabemos, é que estas jovens têm os mesmos conhecimentos sobre planeamento familiar que tinham quando da 1ª gravidez, pois julgo que os técnicos nomeadamente os da saúde, pressupõem que após serem mães, estas jovens adquiriram mais informações e aprenderam a fazer uma contracepção segura. Nem sempre é verdade e é necessário trabalhar competências para que estas jovens façam escolhas eficazes acerca da sua saúde sexual e reprodutiva, não basta saírem das maternidades e centros de saúde com um contraceptivo. Outro facto é que, quando o 1º filho tem por volta dos 2/3 anos e começa a ser mais autónomo em relação à mãe, vai para uma creche ou ama, estas mães voltam a engravidar! O preenchimento do vazio interno que o primeiro bebé veio colmatar na jovem, volta a ficar a descoberto. Sendo necessário outro bebé para dar um amor incondicional à mãe e vice-versa. A mãe fantasia que irá ser diferente com o segundo bebé.

Constatou-se nomeadamente em Casal de Cambra, que as jovens engravidavam do 2º filho ao mesmo tempo que as amigas, cunhadas ou vizinhas que tiveram ao mesmo tempo que elas o 1º filho... o aspecto social e cultural em evidência!

A recidiva torna-se problema quando o segundo ou terceiro filho encontra condições socio-económicas precárias, associadas ao desemprego, realojamento social e ilegalidade, ao que se soma ser “mais uma boca para alimentar”. A recidiva torna-se problema quando, entre o primeiro e o segundo filho, existem interrupções de gravidezes na sua maioria, por inexistência de contracepção ou falha da mesma. Interrupções estas feitas de formas clandestinas e recorrendo a medicamentos (citotec) arrançados no mercado negro e usados de forma dúbia sem qualquer ajuda técnica. Após estas interrupções a jovem volta à contracepção que anteriormente usava sem perceber o que falhou ou mantêm-se sem utilizar qualquer contraceptivo.

## A Intervenção

---

### QUAIS AS METODOLOGIAS SEGUIDAS NOS PROJECTOS?

**(DR Alentejo)** - Tratou-se de um projecto de investigação / acção que incluiu parcerias, formação de profissionais de educação, saúde e apoio social; formação de jovens e capacitação dos mesmos para a formação inter-pares; reforço dos recursos disponíveis para a educação sexual não escolar, nomeadamente serviços de atendimento; disponibilidade de informação a técnicos, jovens e comunidade em geral; apoio multidisciplinar às jovens, parceiros e respectivas famílias.



Criou-se um serviço de apoio à maternidade e paternidade onde as adolescentes – integradas em grupos multi etários – podem preparar-se para o parto, a maternidade/paternidade e desenvolver competências de cuidados aos seus bebés (p.e. consultadoria em termos de cuidados e desenvolvimento pré-natal e massagens). As metodologias de trabalho adoptadas e promovidas junto de todos os cidadãos contactados tiveram sempre em perspectiva a promoção da igualdade de género e a capacitação das raparigas; a redução da mortalidade infantil; a melhoria da saúde materna; o combate às ISTs; o desenvolvimento de parcerias para o desenvolvimento e... a autonomização dos jovens, especialmente das raparigas.

**(DR Lisboa)** - Trabalho em rede, através da formação de técnicos e da promoção da articulação regular entre as estruturas e pessoas envolvidas com esta problemática. Sensibilização/prevenção - através da promoção de acções na comunidade escolar, acções de rua, participação em eventos dirigidos à população-alvo, etc. Atendimento/aconselhamento - em sexualidade e planeamento familiar para adolescentes, jovens e grávidas, mães e pais adolescentes. Apoio/aconselhamento - apoio nos períodos pré, peri e pós-natal; compreensão da gravidez, do parto e do desenvolvimento infantil; diminuição das consequências negativas associadas; apoio social.

#### COMO COMBINARAM A PREVENÇÃO E O APOIO SOCIAL?

**(DR Alentejo)** - O apoio foi dirigido às jovens grávidas e mães com quem contactámos. As actividades de prevenção integraram-se num espaço de trabalho muito

mais amplo, que a APF Alentejo vem desenvolvendo há vários anos e integrou sobretudo formação de profissionais, constituição de grupos de jovens vocacionados para a formação inter-pares, com base no referencial teórico do *Modelo Biográfico e Profissional de Educação Sexual*, em contexto escolar e extra escolar.

**(DR Lisboa)** - Incidiu-se na prevenção da gravidez indesejada na adolescência e na promoção de uma saúde sexual e reprodutiva segura e saudável. Através de trabalho com a comunidade escolar das freguesias Casal de Cambra e Marvila, através de formação em educação sexual. Implementaram-se gabinetes de atendimento/aconselhamento em sexualidade e planeamento familiar, em locais de acesso privilegiado nas freguesias anteriormente referidas.

Ao nível da prevenção, promoveu-se também o trabalho com a comunidade através de acções de sensibilização em educação sexual, junto a grupos formais ou informais, em locais das freguesias que os jovens frequentam, como centros comunitários, ludotecas, clubes desportivos entre outros.

Quanto ao apoio social, este passou pelo trabalho em rede, articulando com os técnicos destas áreas. Após o estudo que foi feito e das necessidades que diagnosticamos com os parceiros, percebemos que muitas destas mães não tinham as necessidades básicas asseguradas, facto este que não lhes permitia dar o passo seguinte. Para dar resposta a estas carências criou-se o Programa Papinhas & Roupinhas, um banco de artigos de primeira necessidade para a primeira infância onde, para além destes, as grávidas e mães encontram uma resposta técnica à sua situação passando por um encaminhamento para os serviços da comunidade.

#### QUE ATITUDES/COMPETÊNCIAS ENCONTRARAM NOS TÉCNICOS QUE LIDAVAM COM O PROBLEMA?

**(DR Alentejo)** - Consideramos que a maioria dos técnicos que lidava com jovens grávidas tem grande interesse por aprender mais e aumentar as suas competências. Foi bastante gratificante esta área de intervenção e consideramos que o projecto potenciou ganhos significativos aos profissionais envolvidos e aos serviços em que se enquadram. As actividades específicas ao projecto pretenderam – e consideramos que conseguiram – ser modelo para os profissionais envolvidos. Algumas áreas, como por exemplo a preparação para a maternidade/paternidade foram exemplo seguido por outros serviços, especialmente de saúde, públicos e privados.

**(DR Lisboa)** - Muitas vezes os técnicos estão mais preocupados com as situações de gravidez e/ou maternidade que as próprias jovens. Ou seja, os técnicos muitas vezes acham que sabem o que é melhor para as jovens e suas famílias e acabam por decidir por elas, em vez de as ajudar a desenvolver recursos para fazer escolhas sobre a sua própria vida. Contudo, com o desenvolvimento do projecto, percebemos que os técnicos também valorizam a auto-determinação e nem sempre se apercebiam que algumas das suas intervenções poderiam não a promover. Sabemos que, por vezes, tomar consciência de uma situação pode ser o suficiente para a corrigir. Além disso, encontrámos muitos mitos associados com a problemática - “o abandono escolar é consequência da gravidez” ou “os rapazes nunca se querem envolver” - que pensamos terem sido colmatados.

Naturalmente que a leitura que fazemos de um determinado problema influencia a nossa intervenção, pelo que pensamos que à medida que se foi conhecendo melhor o fenómeno, as atitudes mudaram e as competências foram melhoradas.

#### SENDO A MATERNIDADE E GRAVIDEZ PRECOCE UM PROBLEMA HOLÍSTICO, QUAL O PAPEL DAS PARCERIAS NO ALCANÇAR DOS VOSSOS OBJECTIVOS?

**(DR Alentejo)** - Hoje em dia, parece-nos, não há a possibilidade de realizar intervenções sociais desintegradas da rede social preexistente aos projectos. Há que rentabilizar recursos, saber ler a rede social existente e mobilizar o potencial das instituições e pessoas que nelas trabalham e/ou as representam. O todo é muito mais que a soma das partes. As parcerias estabelecidas para este projecto revelaram-se de grande interesse, funcionaram em pleno e consideramos que foram enriquecedoras para as pessoas que as desenvolveram e para as instituições envolvidas. Os ganhos não se limitaram ao desenvolvimento do projecto, em si, mas proporcionaram ganhos colaterais para as instituições envolvidas e seus técnicos, o aumento da quantidade e qualidade dos serviços prestados por essas instituições e a sua continuidade para além do espaço de intervenção específico ao projecto.

**(DR Lisboa)** - O trabalho em parceria é indispensável, obrigatório, mesmo! No projecto de Casal de Cambra criaram-se dois momentos de articulação entre as instituições locais, as reuniões de discussão de casos e as reuniões de parceiros, reuniões mensais e que se

complementavam. Nas reuniões de discussão de casos, estão presentes técnicos que intervêm mais no terreno para discutirem casos de famílias que têm jovens pais e/ou crianças que possam estar associados a algum risco. Partilham-se dados destas famílias, estabelece-se a intervenção a seguir caso a caso e qual o papel de cada instituição/técnico no respectivo caso. Tem como mais valia rentabilizar recursos e promover a comunicação e o trabalho em rede. Nas reuniões de parceiros, estão representados técnicos do terreno mais os representantes de cada instituição da comunidade, tendo por finalidade dar respostas que estão em falta na comunidade e que foram diagnosticadas na reunião de discussão de casos. As respostas desenrolam-se a vários níveis: social, lúdico e recreativo, bem como ao nível de equipamentos, segurança, saúde, entre outros.

#### EM QUE MEDIDA OS PROJECTOS TIVERAM SUCESSO?

**(DR Alentejo)** - Os objectivos propostos em sede de candidatura foram alcançados. Realizaram-se mais acções do que as previstas inicialmente e alguns dos serviços criados perduram pós-projecto. A investigação realizada está publicada e disponível a todos os que desejem aprofundar o seu conhecimento sobre esta temática e/ou melhorar as suas competências nesta área de trabalho com jovens. As taxas de maternidade entre as jovens do distrito de Évora baixaram (ressalvamos que não temos a pretensão de considerar que este decréscimo que se vem acentuando nos últimos anos se deveu apenas a este projecto, mas não rejeitamos a responsabilidade do nosso contributo).

Os restantes objectivos – formação de profissionais, formação de jovens, informação à comunidade, etc. -, foram cumpridos e os seus efeitos terão certamente um prolongamento no tempo, não avaliável.

**(DR Lisboa)** - No projecto de Casal de Cambra, um dos seus êxitos foi a efectiva articulação das instituições locais. O projecto teve a duração de Julho de 2001 a Julho de 2004 e as reuniões mantêm-se actualmente. Outra mais valia foi a possibilidade de algumas actividades inicialmente implementadas pela APF, ficarem a ser dinamizadas pelos parceiros do projecto. Após o termo do projecto, a APF fez um protocolo com a Câmara Municipal de Sintra no sentido de manter alguma intervenção comunitária em termos da prevenção da gravidez indesejada e apoio à gravidez e maternidade precoce existente.

A intervenção comunitária é mais consistente e produz mais resultados quando é sistemática no tempo e quando tem como parceiro privilegiado a própria comunidade onde se está a intervir. Tal está a acontecer uma vez que se mantém o trabalho de intervenção em Casal de Cambra desde 2001 e, neste momento, **não só para a comunidade** mas também **com a comunidade**.

#### QUE SUGESTÕES FAZEM SOBRE ESTE PROBLEMA, NO SENTIDO DA FORMULAÇÃO DE POLÍTICAS EM TERMOS DE SAÚDE, EDUCAÇÃO, ACÇÃO SOCIAL?

**(DR Alentejo)** - Sobre esta matéria não seriam necessárias novas políticas se as leis e *cartas de intenções* já existentes fossem encaradas com mais determinação pelos governantes e pelos decisores políticos. Cum-

pram-se as metas para atingirmos os objectivos de Desenvolvimento do Milénio, em Portugal, e teremos assegurado as condições necessárias à minimização deste problema. Os jovens terão projectos de vida nos quais a gravidez e a maternidade têm sentido após a adolescência, no contexto de relações em que os cuidados imprescindíveis aos bebés estão assegurados e a autonomia dos progenitores e bebés também está assegurada. As respostas necessárias para assegurar a qualidade de vida às adolescentes portuguesas que engravidam e são mães precocemente, estarão asseguradas. Os custos para o estado diminuirão significativamente com a minimização deste problema social. Os jovens acederão à actividade sexual com conhecimentos, recursos e determinação, como forma de realização pessoal e interpessoal, reduzindo-se o número de gravidezes devidas a relações não protegidas, não planeadas, que não se desejaram ou se desejaram sem antever as consequências.

O desenvolvimento de Programas de Educação Sexual, concretizados por profissionais bem preparados, em contexto escolar e não escolar, enquadrados por referenciais teóricos que respeitem a diversidade de crenças, raças e religiões e promovam o desenvolvimento individual e colectivo, parecem-nos indispensáveis para prevenir a maternidade precoce e todos os riscos associados ao comportamento sexual.

**(DR Lisboa)** - Em termos de saúde, é preciso que os serviços sejam mais acessíveis aos jovens e verdadeiramente anónimos, mesmo nos centros mais pequenos e menos urbanos. Ou seja, é preciso aumentar e diversificar os serviços de atendimento a jovens (ex.:

criando mais serviços de saúde em centros/locais jovens e não só em centros de saúde, como já acontece nas principais cidades do país), agilizando todo o processo de planeamento familiar; criar serviços que tenham em conta os rapazes e pais - que, de facto, os incluam.

Em termos de educação é preciso criar programas de desenvolvimento pessoal e cívico, nos quais a promoção para a saúde seja trabalhada não só através de aspectos informativos, mas também do treino de competências (capacidades de auto-controlo, de comunicação, tomada de decisões, práticas de situações complicadas para os adolescentes...) e da motivação para alcançar níveis mais elevados de educação, de preparação para o emprego e objectivos para além da maternidade e da formação de família. Além disso, tendo percebido que muitas destas jovens têm uma má relação com o sistema de ensino, há que repensar este mesmo sistema, uma vez que os currículos e as metodologias de ensino deveriam ser mais diversificados/flexíveis, no sentido de se adaptarem às diferenças individuais.

No que respeita a acção social, pensamos que é importante que esta seja bidireccional, ou seja, as pessoas, ao beneficiarem de alguns apoios, podem e devem re(con)tribuir de alguma forma para ajudar outros ou mesmo para se ajudarem a si próprias (ex.: Bancos de tempo, participação em acções de formação...) de forma a não se tornarem subsidiodependentes, habituando-se à ideia de que têm direito a receber apoios, sem contrapartidas. Além disso, ajudará as pessoas a perceber que também podem ser úteis e activas e dar o seu contributo. **x**

# Legislação Portuguesa sobre Procriação Medicamente Assistida

Mário Sousa<sup>1</sup>, Rosália Sá<sup>2</sup>

Após vários anos de tentativas de sensibilização dos grupos políticos para a necessidade de uma lei protectora dos pacientes inférteis portugueses, foi aprovada na Assembleia da República (25 Maio 2006), promulgada por sua Excelência o Presidente da República (11 Julho 2006), referendada na Assembleia da República Portuguesa (14 Julho 2006) e publicada no Diário da República (1ª série, N.º 143, de 26 de Julho de 2006, pp 5245-5250) a Lei sobre procriação medicamente assistida (PMA). Para que a lei possa entrar em vigor, falta ainda a sua regulamentação, que obrigatoriamente terá de ser efectuada nos inícios de Janeiro de 2007.

## É MESMO NECESSÁRIO HAVER UMA LEI SOBRE PMA?

As actividades profissionais não possuem legislação regulamentar específica. Por exemplo, em Obstetrícia e Ginecologia, nunca existiu a necessidade de regulamentar as decisões, os procedimentos ou as instalações médicas. E nunca existiu essa necessidade, porque se atribui a essa classe profissional altamente especializada a aplicação das regras de boa prática médica e de cumprimento das regras técnicas internacionais (direitos humanos, experimentação em animais, experimentação médica em humanos, ensaios clínicos, produção e comercialização de meios terapêuticos, instalações biológicas e médicas).

Porque é que em PMA o poder político decidiu interferir? Pensa-se que tudo se deve ao facto de se tratar da área da reprodução humana, no sentido de as tecnologias permitirem interferir com os gâmetas, os embriões e a procriação. Quer isto dizer que esta área da medicina se vê confrontada com um obstáculo muito difícil de transpor e que é representado pelas concepções éticas, morais e religiosas da sociedade, em particular e sobretudo dos indivíduos associados ao poder político. Porque não se trata de definir limites à investigação ou à manipulação do ser humano, mas tão somente de deixar tratar as doenças da infertilidade, do nosso ponto de vista estritamente médico e biológico, não é necessário existir qualquer lei ou regulamentação da prática médica de PMA para os casos dos casais inférteis. Pelo contrário, pensamos ser necessário discutir com a sociedade a aprovação de tratamentos específicos de PMA em situações limite, tais como para os casos das mulheres sós, dos casais homossexuais, da selecção do sexo para equilíbrio familiar e da investigação com gâmetas e embriões humanos.

## O conceito de parentalidade mudou?

Actualmente, considerámos que não é suficiente para ser mãe ou pai contribuir com os gâmetas (pais biológicos), e que também não é suficiente para ser mãe a gestação ou o parto. Pai e mãe são quem bem educa.

19

(1) Médico, Prof. Catedrático, Especialista em Medicina da Reprodução Laboratorial pelo Hospital Americano de Paris, França, Especialista em Genética da Reprodução pelo Serviço de Genética da Faculdade de Medicina do Porto, Director de Serviço, Lab Biologia Celular, ICBAS-UP, Lg do Prof Abel Salazar 2, 4099-003 Porto, Portugal, T: 00-351-22-206.22.17, F: 00-351-22-206.22.32, E: msousa@icbas.up.pt

(2) Licenciada em Biologia, Aluna de Doutoramento, Lab Biologia Celular, ICBAS-UP

Por isso não nos fere retirar aos pais biológicos as crianças que sofrem maus-tratos e ajudá-las a serem integradas no seio de uma família adoptiva estável.

### **Quem é infértil?**

Um casal é infértil quando não alcança a gravidez desejada ao fim de um ano de vida sexual sem métodos contraceptivos. Esta definição é válida para o casal com vida sexual frequente, plena de amor e prazer, e em que ambos não conhecem qualquer tipo de causa de infertilidade que os atinja. Também se inclui na infertilidade toda a situação em que o casal alcança a gravidez desejada, mas esta não chega a termo de modo viável (abortamentos de repetição).

### **A infertilidade é uma doença?**

A Organização Mundial da Saúde considera a infertilidade uma doença (falência dos órgãos reprodutores, dos gâmetas ou do produto de concepção), e determina que assiste aos pacientes o direito de acesso ao tratamento devido em tempo útil.

### **A infertilidade conjugal é frequente?**

A infertilidade conjugal atinge 15-20% das pessoas em idade reprodutiva. Tem aumentado nos países industriais devido ao adiamento da idade de concepção, às infecções genitais assintomáticas prevalentes numa sociedade em que se estimula a actividade sexual precoce e com múltiplos parceiros fora do casamento, aos hábitos sedentários e de consumo excessivo de gorduras, tabaco, álcool e drogas, bem como aos químicos utilizados nos produtos alimentares e aos libertados no ar que se respira diariamente. Depreende-se destes dados epidemiológicos que as principais causas de infertilidade decorrem de modelos sócio-económicos impostos pela sociedade industrial em que Portugal livremente se insere. Este problema social tem enormes custos para o Estado por ser uma das principais causas da inversão da pirâmide etária. No mesmo sentido, compete ao Estado promover a prevenção e instituir políticas eficazes de incentivo à constituição de família antes dos 35 anos de idade, de protecção à maternidade e de apoio parental à educação das crianças.

### **Deverá a PMA ser subsidiada?**

Apesar de não existir padecimento físico óbvio ou risco de vida, não é admissível qualquer discriminação no acesso ao tratamento por parte dos pacientes inférteis. No entanto, devido à elevada prevalência da infertilidade

e ao carácter oneroso dos procedimentos tecnológicos e da medicação, sabe-se que os Hospitais nunca conseguirão tratar todos os casais inférteis. Para se resolver este problema, propomos que cada casal infértil deve ter direito até 4 tratamentos consecutivos pagos a 80% por Companhias de Seguros e a 20% pela Segurança Social. Considera-se tratamento um determinado tipo de tratamento. Ou seja, um casal teria direito a 4 tentativas de inseminação intrauterina (IU) e, se não engravidasse, a mais 4 tentativas de um outro tipo de tratamento, neste caso de fecundação in vitro (IVF) ou de microinjecção (ICSI). Este modelo, importado de França, resolve a oneração excessiva do sector público e permite o acesso livre ao tratamento dos casais inférteis. Deve, pois, o Estado Português impôr às Companhias de Seguros a inclusão obrigatória nos seus contratos dos tratamentos de infertilidade, incluindo as consultas, os testes diagnósticos, a medicação e os tratamentos laboratoriais, obrigando a uma mensalidade responsável que não impeça de outro modo o acesso.

### **Quem pode recorrer à PMA?**

Casais heterossexuais, coabitando há pelo menos dois anos, maiores de idade, sem doenças mentais, que apresentem uma relação conjugal afectiva estável, com boas relações sociais e familiares, com nível escolar, cultural e económico compatível com a responsabilidade de assegurarem uma educação adequada à criança.

### **Deve haver um limite de idade para acesso à PMA?**

Não é admissível qualquer limitação à idade máxima, feminina ou masculina, nem qualquer discriminação de limite de idade máxima entre os sexos. De facto, o casal infértil não deve ser discriminado em relação a qualquer outro casal da mesma idade sem problemas de fertilidade, uma vez que as uniões não escolhem idade para ocorrer, nem os casais mais velhos devem ser impedidos de obter a sua descendência. Ou seja, todo o casal, enquanto dispõe de gâmetas viáveis, não pode nem deve ser limitado no acesso a obter a sua descendência. Infelizmente, os hospitais e vários médicos privados teimam em não aceitar casais com idade superior a 39 anos (mulheres), por estes apresentarem uma taxa de sucesso mais baixa. Correctamente, estes casais têm direito ao tratamento por ordem de inscrição e deverão lutar por esse direito.

### **Deve haver impedimento de acesso à PMA para os casais que voluntariamente se submeteram a métodos anticonceptivos do tipo da Vasectomia e Laqueação de trompas?**

Não é admissível qualquer limitação de acesso a quem voluntariamente efectuou vasectomia ou laqueação de trompas. De facto, o casal pode mudar de opinião, pode ter desenvolvido uma nova relação ou pode mesmo ter perdido os filhos que tinha. Infelizmente, os hospitais e vários médicos privados teimam em não aceitar estes casais. Correctamente, estes casais têm direito ao tratamento e deverão lutar por esse direito.

### **Deve haver impedimento de acesso à PMA para os casais que já possuam filhos?**

Não é admissível qualquer limitação de acesso a quem já possui filhos e, desejando outro, já não o consegue. Infelizmente, os hospitais e vários médicos privados teimam em não aceitar estes casais. Correctamente, estes casais têm direito ao tratamento e deverão lutar por esse direito.

### **Porque é que as listas de espera para PMA nos Hospitais Públicos são tão demoradas?**

Para que não haja listas de espera inaceitáveis é necessário um forte investimento público: criação de uma equipa médica em exclusividade, com consulta, meios tecnológicos de diagnóstico, enfermaria, bloco cirúrgico e laboratório amplos e independentes dos de Ginecologia e Obstetrícia. Também é necessário estabelecer que o tempo que medeia entre as consultas é apenas o tempo de receber os resultados dos testes efectuados, e que para estabelecer um diagnóstico não é aceitável mais do que 3 meses. Finalmente, é necessário que uma vez iniciado o tratamento, os casais o possam repetir a intervalos de tempo correctos, ou seja, mensal para a indução da ovulação com relação sexual (3-6 vezes consecutivas), mensal ou bimensal para a IUI (3 vezes consecutivas), e de 4/4 meses para a IVF/ICSI (4 vezes consecutivas).

### **É VERDADE QUE ALGUNS MÉDICOS MENTEM E ENGANAM OS CASAIS INFÉRTEIS?**

É verdade. Tal como em todas as outras profissões, os casais têm de ter consciência de que existem bons e maus profissionais. A mentira é o de não referenciar o casal para um centro competente e de manter o casal em consultas e exames repetidos durante vários meses ou anos, muito frequentemente a pagar no consultório

privado. As mentiras mais frequentes que temos encontrado são as seguintes:

- casal em que os ovários da mulher não produzem ovócitos, e a quem é observado de que nada mais tem a fazer. A mentira aqui é o de não referenciar o casal para um centro com doação de óvulos.
- casal em que o homem não produz espermatozóides, e a quem é observado de que nada mais tem a fazer. A mentira aqui é o de não referenciar o casal para um centro com capacidade de diagnóstico genético da situação e de recuperação de espermatozóides por aspiração microcirúrgica dos epidídimos ou por biópsia testicular, seguida de ICSI, ou, no caso de ausência total de espermatozóides testiculares, de doação de sémen.
- casal em que os ovários da mulher não produzem ovócitos e o homem não possui espermatozóides (no semén, no epidídimo ou no testículo), e a quem é observado de que nada mais tem a fazer. A mentira aqui é o de não referenciar o casal para um centro com doação de embriões.
- casal que necessita de diagnóstico genético pré-implantação (DGPI) dos embriões (falhas de gravidez após IVF/ICSI, abortamentos de repetição, doenças hereditárias), e a quem é observado de que nada mais tem a fazer. A mentira aqui é o de não referenciar o casal para um centro com DGPI.
- casal a quem é observado de que nada mais tem a fazer, exceptuando a ida ao estrangeiro. A mentira aqui é o de não referenciar o casal para um centro com idoneidade para a execução dos diagnósticos e tratamentos em Portugal.

### **Porque é que os centros de PMA dificilmente fornecem relatórios?**

Todos os casais sujeitos a exames e tratamentos devem receber, no final dos mesmos, relatório informático completo e assinado, com cópia dos exames analíticos, imagiológicos e cirúrgicos. Esta obrigatoriedade permite ao casal poder mudar de centro ou de médico sem ter de se justificar ou de repetir exames ou tratamentos desnecessários noutra local. Frequentemente, os centros de PMA não o fazem e retêm o processo dos casais com os seus exames e relatórios. Às vezes, sob pedido dos utentes, efectuam um relatório sumariíssimo de onde não se consegue vislumbrar o diagnóstico, os tratamentos e seus resultados, nem evita a necessidade de repetir exames. Correctamente, estes casais têm direito aos exames e relatórios clíni-

cos e laboratoriais completos, e deverão lutar por esse direito.

### **Que técnicas de PMA se deveriam autorizar sem limitações legais?**

Os tratamentos de PMA devem ficar restritos aos centros devidamente autorizados para o efeito, e sujeitos a certificação anual de qualidade.

As técnicas passíveis de autorização são as seguintes:

- Estudo do casal infértil.
- Ecografia pélvica, Histerosalpingografia, Histeroscopia, Laparoscopia.
- Indução da ovulação.
- Inseminação intra-uterina (Alberto Barros, Porto, 1985).
- Hiper-estimulação controlada do ovário.
- Aspiração ecoguiada de folículos ováricos.
- Espermograma, outros testes sobre os espermatozoides, interação espermatozóide-muco cervical, interação espermatozóide-zona pelúcida, interação espermatozóide-ovócito.
- Preparação de gâmetas.
- Lavagem de espermatozoides de casais seropositivos (HVB, HVC, HIV, etc) (ABarros, Porto, 2000).
- Obtenção de espermatozoides do sêmen, da urina, do epidídimo ou do testículo (MSousa, 1993, Paris, França; 1994, Porto, Portugal; 1997, Alicante, Espanha).
- Fecundação in vitro.
- Microinjecção (MSousa, 1993, Paris, França; 1994, Porto, Portugal).
- Eclosão assistida (MSousa, 1997, Porto, Portugal).
- Transplante de citoplasma (defeitos estruturais dos ovócitos; doença mitocondrial materna) (MSousa, 2000, Porto, Portugal).
- Transplante nuclear (defeitos estruturais dos ovócitos) (MSousa, 2000, Porto, Portugal).
- Maturação in vitro de gâmetas e células germinais progenitoras (MSousa, 1998, Porto, Portugal).
- Cultura de embriões até à fase de eclosão do blastocisto (6 dias) (MSousa, 2000, Porto, Portugal).
- Diagnóstico genético pré-implantação (MSousa, 1995, Paris, França; 1995, Maastricht, Holanda; 1997, Porto, Portugal; 2006, Alicante, Espanha).
- Criopreservação de tecido germinal, células germinais progenitoras, gâmetas e embriões (MSousa, 2004, Porto, Portugal).
- Transferência de embriões.
- Doação de gâmetas e embriões (MSousa, 2006, Porto, Portugal).
- Empréstimo benévolo de útero.

- Transplante de tecido germinal (alotransplante de tecido ovárico: alternativa à doação de ovócitos; autotransplante de tecido ovárico: mulheres curadas de situação oncológica; autotransplante de células germinais masculinas: homens curados de situação oncológica) (MSousa, 2007, Porto, Portugal).
- Derivação de células estaminais embrionárias).
- Clonagem terapêutica (MSousa, 2001, Porto, Portugal).

### **DEVERÁ HAVER UM NÚMERO MÁXIMO DE OVÓCITOS A INSEMINAR?**

A decisão do número de ovócitos a inseminar depende exclusivamente de critérios técnicos, com vista a obter a gravidez desejada, com o menor custo possível para a saúde da mãe e para as finanças do casal. Na prática, a mulher deve ser moderadamente estimulada e a cultura de embriões deve ser prolongada até à fase de blastocisto sempre que possível. Deste modo, a taxa de gravidez múltipla decresce para metade, a taxa de gravidez duplica e praticamente não existirão embriões excedentários. A nova Lei permite este tipo de procedimento.

### **DEVERÁ HAVER UM NÚMERO MÁXIMO DE EMBRIÕES A TRANSFERIR?**

As regras internacionais são orientadas para a redução máxima das gestações múltiplas sem perda das taxas optimizadas de gravidez. Essas regras são as seguintes (limite máximo) e a nova Lei permite este tipo de procedimento:

- Mulheres  $\leq 30$  anos de idade: 2 embriões de dia 2-3 (embrião com 4 ou 8 células de classe A ou B) ou 1 embrião de dia 4-6 (mórula ou blastocisto);
- Mulheres 31-35 anos de idade: 2-3 embriões de dia 2-3 ou 1-2 embriões de dia 4-6;
- Mulheres com  $>35$  anos de idade e casais com 2 ciclos de transferência embrionária sem gravidez: 3-4 embriões de dia 2-3 ou 2-3 embriões de dia 4-6.
- Nestas circunstâncias, a taxa de gestações gemelares esperada é inferior a 20% e a taxa de gestação trigemelar é inferior a 1%.
- Nestas circunstâncias, as taxas médias de gravidez de termo são as seguintes:
  - Embriões de dia 1 (embrião de 1 célula ou zigoto): 6%;
  - Embriões de dia 2 (embriões de 2-5 células de classe A/B): 19%;



- Embriões de dia 3 (embriões de 6-12 células de classe A/B): 27%;
- Embriões de dia 4 (embriões de 64 células de classe A/B, ou mórula): 35%;
- Embriões de dia 5/6 (embriões de 250 células de classe A/B ou blastocisto): 42%.

#### **É CORRECTO CRIAR DELIBERADAMENTE EMBRIÕES EXCEDENTÁRIOS?**

Deve ficar restrita aos casais que, sob consentimento informado e escrito, desejam a criopreservação de blastocistos para serem transferidos para o útero numa situação ulterior ao do tratamento em curso. A criopreservação de blastocistos é muito útil para a saúde da mulher, pois não engravidando da tentativa com embriões frescos, não necessita de ser submetida a nova hiper-estimulação controlada do ovário no ciclo que faz uso dos blastocistos criopreservados. Em termos financeiros, a existência de embriões excedentários criopreservados é também muito útil, pois os custos com o tratamento são muito reduzidos. A taxa média de sobrevivência à descongelação de blastocistos de classe A/B é de 70-80% e a taxa de gravidez de termo é de 35%. Pelo consentimento, o casal fica obrigado a usar os embriões congelados até 6 meses após a transferência embrionária, caso dela não engravide, ou até 3 anos depois no caso de alcançar a gravidez. A nova Lei permite este tipo de procedimento.

#### **QUE SE DEVE FAZER AOS EMBRIÕES EXCEDENTÁRIOS QUE OS CASAIS DECIDAM NÃO VIR A UTILIZAR?**

Os embriões excedentários criopreservados que o casal, por motivos pessoais, não deseje utilizar ao fim de 6 meses (se não tiver engravidado) ou de 3 anos (se tiver engravidado), devem ser imediatamente disponibilizados para doação. Propusemos à Assembleia da República o seguinte destino, por ordem decrescente de prioridade: (1) doação para casais duplamente estéreis, (2) adopção por casais em espera de adopção de criança e (3) doação para transplantes (isolamento de células estaminais embrionárias). Infelizmente, a Lei aprovada não definiu as prioridades nem faz menção ao seu destino.

A doação de embriões para transplante deve obrigar à constituição de um banco público de células estaminais embrionárias, instituição a que competirá em exclusividade o isolamento, expansão, caracterização, certificação e criopreservação celular. O banco pode

depois ceder as linhas celulares resultantes, para investigação e/ou produção industrial de tecidos, tendo como contrapartida social uma percentagem dos lucros auferidos por qualquer linha celular cuja experimentação resulte em produto médico de venda no mercado da saúde. Refere-se que no caso de doação para transplantes, os embriões são cultivados até à fase de blastocisto (embrião de 250 células), sendo deles removidas cerca de 50 células estaminais. Estas células estaminais embrionárias não têm capacidade de originar um embrião de novo, nem de implantar no útero, podendo apenas ser testadas para verificar a sua normalidade e capacidade de formação de tecidos para transplantes.

#### **DEVE-SE AUTORIZAR A DOAÇÃO DE GÂMETAS?**

A doação de gâmetas é um procedimento médico de tratamento da mulher ou do homem infértil, por não possuírem gâmetas (ovócitos ou espermatozoides) ou porque os seus gâmetas apresentam anomalias diversas. A doação de gâmetas é um transplante, e por isso mesmo é idêntico a todos os outros transplantes de células (transusão de sangue, transplante de medula óssea, transplante com sangue do cordão umbilical, transplante de córnea, transplante de células do pâncreas para a diabetes, etc) ou de órgãos. A sociedade política e muitos médicos opõem-se à doação de gâmetas apenas por motivos pessoais do foro ético, moral e religioso, impondo o seu modo particular de ver a vida a quem não pensa do mesmo modo. Há mesmo médicos que afirmam que se trata de infidelidade e adultério.

Tecnicamente, a doação de gâmetas obedece aos critérios de transplantação, pelo que o bebé é geneticamente igual aos pais em 85%, sendo apenas 15% de origem exógena. Isto é conseguido por se procurarem doadores que sejam geneticamente iguais em 70% ao progenitor (emparelhamento físico externo e grupos sanguíneos). A doação de gâmetas deve obrigar à constituição de um banco público português de gâmetas, benévolo, gratuito, aberto e fechado, segundo critérios de qualidade internacional para transplante humano. Por doação, o Banco oferece ao casal um certificado de qualidade e de emparelhamento genético dos gâmetas doados. Criámos em Junho este Banco na Universidade do Porto, mas este mês de Setembro já o Ministério da Saúde está a lutar contra ele. Porque será? Interesses particulares? Interesses privados? Interesses em dispor de uma Lei que depois não funcione na prática?

Seja como for, o recrutamento das dadoras já começou e faz-se por inscrição electrónica (msousa@icbas.up.pt). Antes da presente lei, que autoriza a doação de gâmetas, a doação de sémen era efectuada por importação de sémen estrangeiro e na doação de ovócitos os casais tinham de ir para o estrangeiro e pagar todas as despesas da dadora, da medicação e da microinjecção. Pior ainda, no momento do registo do bebé, se o casal não desejasse declarar a doação poderia ser vítima de um processo judicial caso se viesse a descobrir. No entanto, o casal tem o direito a poder optar por declarar ou não a origem da concepção no registo do nascimento. Antes também da actual legislação agora aprovada, discutia-se muito que todos os casais que usassem doação de gâmetas ficariam obrigados a declará-lo ao seu filho e que os centros de PMA só poderiam usar gâmetas doados de voluntários que autorizassem que as crianças mais tarde pudessem vir a conhecer a identidade dos dadores. Porém, este argumento do direito a conhecer a identidade genética não é válido, porque se aplica apenas aos casais inférteis que necessitam de doação de gâmetas. Só seria válido se toda a população pudesse exercer o mesmo direito nas mesmas circunstâncias (quantos de nós sabe quem foi o nosso pai?). Em relação aos bancos, defendemos que compete em exclusividade ao casal a decisão de querer usar um banco aberto (dador acessível pela criança aos 18 anos de idade) ou um banco fechado (dador anónimo).

#### **DEVE-SE AUTORIZAR O EMPRÉSTIMO BENÉVOLO DE ÚTERO**

As mulheres sem útero (histerectomia ou com defeitos congénitos) não podem ser discriminadas nem condenadas a não poderem ter o seu bebé. O empréstimo deve ser benévolo, gratuito (geralmente familiares) e assessorado por contrato legal específico, com acompanhamento especializado. A presente Lei autoriza esta dádiva de amor.

#### **PARA QUE SERVE O DIAGNÓSTICO GENÉTICO PRÉ-IMPLANTAÇÃO**

O DGPI foi desenvolvido para evitar a interrupção da gravidez (abortamento) nos casos cujos casais sabem antecipadamente que possuem um risco elevado (?25%) de transmissão de doença genética. O DGPI também se aplica aos casais com abortamentos de repetição ou perda de qualidade dos gâmetas. Excepcionalmente, inclui-se a selecção de embriões por

grupos HLA, de modo a se obter um nascituro cujo sangue de cordão umbilical possa curar uma doença grave e fatal de irmão, desde que para este último não exista qualquer outro tratamento curativo disponível, incluindo o transplante compatível de medula óssea ou de sangue de cordão umbilical. A presente Lei autoriza esta técnica. Nesta técnica, a fecundação é artificial, por microinjecção. Ao dia 3 do desenvolvimento embrionário, remove-se uma célula ao embrião, que vai então para análise genética. Os embriões sem doença são então transferidos para o útero.

#### **DEVE-SE AUTORIZAR A PMA NOS CASAIS SEROPOSITIVOS**

Os casais seropositivos não podem nem devem ser discriminados no acesso às técnicas de PMA para conseguirem obter a sua descendência livre de riscos de transmissão de um vírus ao feto. Pelo contrário, este acesso favorecerá a não transmissão vertical das doenças víricas contagiosas, tais como as hepatites e a SIDA. A presente Lei autoriza esta técnica. De um modo geral, o procedimento na PMA obriga o casal a apresentar um relatório médico do especialista que os segue no respeitante à infecção em causa. Nesse relatório, deve constar que a mulher ou o homem já efectuaram tratamento, possuem uma carga viral reduzida, de risco mínimo ou nulo de transmissão, e que não se antevêem razões para a morte precoce do indivíduo. Nessas situações, no caso masculino, procede-se à lavagem especial do sémen e sua criopreservação, em que parte da amostra segue para análise molecular. Se a análise for negativa para o vírus, então a amostra criopreservada (de quarentena) pode ser usada com segurança em PMA (ICSI). No caso feminino, efectua-se a lavagem dos ovócitos e ICSI, seguindo-se um acompanhamento especial da gravidez por especialista em obstetrícia.

#### **QUE OBRIGAÇÕES DEVEM TER OS CENTROS DE PMA?**

Quando o especialista médico em PMA, por motivos de objecção de consciência, de ausência de suporte tecnológico ou por ausência de experiência, se encontra incapaz de disponibilizar um determinado tipo de tratamento, deve ficar no entanto obrigado, sob pena de caução, a informar devidamente todos os casais das técnicas disponíveis para o tratamento em causa e dos locais no país onde tais tratamentos se efectuam. O Centro de PMA deve dar ao casal os originais, ou cópias, de todos os exames médicos efectuados.

O Centro de PMA deve dar ao casal um relatório detalhado, médico e laboratorial, de cada ciclo de tratamento efectuado.

Todos os Centros de PMA devem ser obrigados a possuir um técnico para acompanhamento efectivo dos casais que necessitem ou requeiram apoio psicológico. Todos os Centros de PMA devem ser obrigados a dispor de atendimento telefónico permanente ao casal em tratamento.

O Director de um Centro Público de PMA não pode efectuar o mesmo tipo de serviço no sector privado.

Os centros devem obrigatoriamente obedecer às normativas técnicas europeias de PMA.

Os centros devem obrigatoriamente ceder as suas taxas de sucesso por técnica aos utentes.

#### QUE OBRIGAÇÕES DEVEM TER OS CASAIS INFÉRTEIS?

O casal infértil deve ficar obrigado ao cumprimento do estabelecido nos consentimentos informados por escrito e assinados pelo casal.

Em caso de gravidez por IVF, ICSI ou DGPI, o casal fica obrigado a efectuar diagnóstico pré-natal.

Em caso de gravidez por técnica de PMA, o casal fica obrigado a informar por escrito sob as condições da gravidez, do parto e do nascituro, bem como a informar de modo anual sobre o desenvolvimento físico e intelectual da criança até aos 18 anos. Esta informação escrita deve corresponder a relatório sucinto do médico obstetra que seguiu a gravidez e que efectuou o parto bem como do pediatra que atendeu o nascituro no parto e que segue a criança até à sua maioridade.

#### A LEI APROVADA ESPECIFICA A FORMAÇÃO DE UMA COMISSÃO. PARA QUE SERVIRÁ?

Para bloquear a própria Lei se for uma comissão ética ou consultiva.

Para promover a defesa do utente se for uma Alta Autoridade Técnica com poder executivo autónomo e composta pelos cientistas e médicos da área, internacionalmente reconhecidos, competentes e favoráveis aos tratamentos. Nesse caso, a Comissão poderia:

- Autorizar ou recusar a abertura de estabelecimentos de PMA, públicos e privados, que existam até à data bem como daqueles que solicitem no futuro o exercício da prática de PMA.

- Emitir normas técnicas sobre a estrutura e o funcionamento dos estabelecimentos autorizados à prática de PMA.
- Emitir normas de procedimentos médicos e laboratoriais, bem como os consentimentos, a seguir pelos estabelecimentos autorizados à prática de PMA.
- Definir que procedimentos de PMA são autorizados em cada estabelecimento de PMA.
- Organizar a recolha obrigatória de um relatório anual de actividades de cada estabelecimento de PMA.
- Manter o registo nacional de dados de PMA.
- Avaliar periodicamente o cumprimento das normas de instalações, funcionamento e de registo de actividades de cada centro de PMA.
- Suspender a actividade dos centros de PMA que não cumpram as normas de instalações, funcionamento ou de avaliação de actividades.
- Promover a divulgação das técnicas de PMA e sugerir novas adaptações à Lei sobre PMA, de modo a adequar a prática da PMA às evoluções científicas e tecnológicas.
- Promover a participação, elucidação e defesa dos casais que recorrem à PMA.
- Estabelecer e executar um programa nacional, com secções regionais, de:
  - prevenção de infertilidade.
  - avaliação epidemiológica da infertilidade.
  - Banco Público de Células Estaminais Embrionárias.
  - Banco Público de Doação de Gâmetas.
  - Programa de Doação de Embrões.
  - Programa de empréstimo benévolo de útero.
  - Apresentar ao Ministério da Saúde um relatório anual das actividades, contendo o seu parecer sobre o estado da utilização das técnicas de PMA em Portugal.

#### A LEI APROVADA NÃO CONTEMPLA CASOS ESPECIAIS. QUE CASOS SÃO ESSES?

##### Situação monoparental

Os estudos actuais mostram que as crianças educadas por famílias monoparentais apresentam um desenvolvimento físico e psicológico normal, com bom nível de educação, de instrução e de afectos. Destina-se à mulher que, após os 35 anos de idade, não conseguiu encontrar o companheiro da sua vida. Nestes casos, a mulher optaria por inseminação com sémen de dador. O mesmo se aplica ao homem, pois não deve ser discriminado em relação ao sexo feminino (doação de ovócitos e empréstimo de útero). Como esta

situação foi recusada, continuo a enviar estes casos para Espanha.

### Casais homossexuais

Os estudos actuais mostram que as crianças educadas por famílias homossexuais apresentam um desenvolvimento físico e psicológico normal, com bom nível de educação, de instrução e de afectos, sem apresentarem desvios de comportamento ou disfunções de preferência sexual. Convém lembrar que a má opinião sobre estas situações se deve ao facto de se confundir o casal homossexual com o que se vê nas ruas, nas revistas ou na televisão. Os verdadeiros casais homossexuais são tão discretos como os heterossexuais, não apresentando desvios de comportamento nem exibicionismos sociais. Os casais homossexuais não devem, por isso, ser discriminados, embora se compreenda que devem comportar os custos dos tratamentos. Como esta situação foi recusada, continuo a enviar estes casos para Espanha.

### Reprodução post-mortem

Qualquer casal deve ter o direito à colheita e criopreservação dos gâmetas do seu parceiro nas situações

de morte cerebral. Sugerimos uma moratória de um ano, antes da sua utilização, para permitir o luto da situação. Ao fim desse período, o tribunal deveria conceder a devida autorização após confirmar que existia uma boa relação conjugal com intenção de procurarem descendência, na ausência de discordância familiar. O mesmo se deve aplicar aos casos em que previamente já existiam gâmetas ou embriões criopreservados. Como esta situação foi recusada, as pessoas devem lutar junto do governo para que a Lei seja mudada.

### Seleção de sexo para equilíbrio familiar

Considera-se excepcional a utilização do DGPI para seleção de sexo com fins de equilíbrio familiar nos casos de famílias com pelo menos 3 crianças do mesmo sexo. Os estudos populacionais demonstram que a partir deste número de filhos, a seleção de sexo não provoca desvios no equilíbrio populacional entre os sexos. Como esta situação foi recusada, as pessoas devem lutar junto do governo para que a Lei seja mudada. x

### AGRADECIMENTOS

FCT (SFRH/BD/23616/05; POCI/SAU-MMO: 60709/04, 60555/04, 59997/04; UMIB).

### BIBLIOGRAFIA

- Barros A, Sousa M, Oliveira C, Silva J, Almeida V, Beires J (1997) Pregnancy and birth after intracytoplasmic sperm injection with totally immotile sperm from the ejaculate. *Fertil Steril* 67:1091-1094.
- Barros A, Sousa M, Angelopoulos T, Tesarik J (1997) Efficient modification of intracytoplasmic sperm injection technique for cases with total lack of sperm movement. *Hum Reprod* 12:1227-1229.
- Barros A, Sousa M, Andrade MJ, Oliveira C, Silva J, Beires J (1998) Birth after electroejaculation coupled to intracytoplasmic sperm injection in a gun-shot spinal-cord injured man. *Arch Androl* 41:5-9.
- Sousa M, Barros A, Takahashi K, Oliveira C, Silva J, Tesarik J (1999) Clinical efficacy of spermatid conception. Analysis using a new spermatid classification scheme. *Hum Reprod* 14:1279-1286.
- Sousa M, Barros A, El-Shafie M (2000) Failed fertilization *in vitro*: principles and evaluation of transmission electron microscopic images. In: *Ultrastructure of Human Oocytes*, El-Shafie M et al (eds), Parthenon Publishing Group, New York, p:65-82.
- Sousa M, Cremades C, Alves C, Silva J, Barros A (2002) Developmental potential of human spermatogenic cells cocultured with Sertoli cells. *Hum Reprod* 17:161-172.
- Sousa M, Cremades N, Silva J, Oliveira C, Teixeira da Silva J, Viana P, Ferrás L, Barros A (2002) Predictive value of testicular histology in secretory azoospermic subgroups and clinical outcome after microinjection of fresh and frozen-thawed sperm and spermatids. *Hum Reprod* 17:1800-1810.
- Alves C, Sousa M, Silva J, Barros A (2002) Preimplantation genetic diagnosis using FISH for carriers of robertsonian translocations: the portuguese experience. *Prenatal Diagnosis* 22:1153-1162.
- Marques CJ, Carvalho F, Sousa M, Barros A (2004) Altered genomic imprinting in disruptive spermatogenesis. *Lancet* 363:1700-1702.
- Grangeia A, Niel F, Ardalan A, Carvalho F, Fernandes S, Girodon E, Silva J, Sousa M, Barros A (2004) Characterization of *CFTR* mutations and IVS8-T variants in Portuguese patients with congenital bilateral absence of the vas deferens. *Hum Reprod* 19: 2502-2508.
- Sousa M, Barros A (2004) Ethics, social, legal, counselling. A moral case study for discussion: designer babies and tissue typing. *Reprod BioMed Online* 9 (6): 596-597.
- Fernandes S, Ferrás C, Sousa M, Barros A (2005) *DAZ* and *AZFc* plasticity: function in spermatogenesis or evolutionary event? *Trends in Reprod Biol* 1, 41-48.
- Carvalho F, Sousa M, Silva J, Fernandes S, Barros A (2005) Familial amyloidotic polyneuropathy. Update of Portuguese preimplantation genetic diagnosis. *Trends in Reprod Biol* 1, 29-39.
- Sá R, Sousa M, Cremades N, Neves R, Alves C, Fernandes S, Silva J, Barros A (2005) In-vitro maturation of sperm. In: *In Vitro Fertilization, Assisted Reproduction and Genetics*. Gurgan T, Demirel A (Eds). Medimond, Bologna, pp. 79-82.
- Sousa M, Cremades N, Silva J, Oliveira C, Teixeira-Silva JM, Ferrás L, Viana P, Sousa S, Gonçalves A, Barros A (2005) Spermatid injection and beyond. In: *In Vitro Fertilization, Assisted Reproduction and Genetics*. Gurgan T, Demirel A (Eds). Medimond, Bologna, pp. 83-86.

# Uma “Observação” sobre a Contracepção Oral de Emergência

Maria João Branco<sup>1</sup>, Baltazar Nunes<sup>2</sup>, Vera Gouveia<sup>3</sup>, José Guerreiro<sup>4</sup>

## ABSTRACTO

**Enquadramento** - Desde 2001, em Portugal, contraceptivos orais hormonais de emergência foram disponibilizados no mercado como «medicamentos não sujeitos a receita médica». Foi realizado um inquérito exploratório sobre a utilização da contracepção oral de emergência (COE).

**Objectivo** - Caracterizar a procura e a utilização da COE.

**Delineamento** - Foi realizado um estudo descritivo transversal. Os dados foram colhidos utilizando questionários de auto preenchimento. A duração do estudo foi de um ano (Maio 2003 a Abril 2004).

**Âmbito** - As utilizadoras da COE foram recrutadas através de farmácias do Continente.

**Participantes** - Todos os utentes escolarizados, de um conjunto de farmácias, que se apresentaram a pedir dispensa de qualquer uma das “pílulas do dia seguinte” e que consentiram em participar, uma vez informados.

**Resultados** - 85 Farmácias recrutaram 1647 utilizadoras de COE. A idade média foi de 25.1 anos (variando dos 12-52 anos); 95.9% tinham, pelo menos, o 6<sup>o</sup> ano

de escolaridade; 72% mencionaram usar sempre um método contraceptivo; 64% eram vigiadas em consultas de PF/Ginecologia, pelo menos, uma vez por ano; 96% adquiriram a COE dentro das 72 horas após a relação sexual não protegida; 51% referiram falha no método contraceptivo usado; 60% partilharam a decisão da utilização da COE com o parceiro, 35% eram reincidentes na utilização, 50% ouviram falar da COE através dos media; conhecimento sobre aspectos específicos da COE obtiveram os seguintes resultados: eficácia (41%), interacção medicamentosa (45%); efeitos secundários (71%), indicação terapêutica (64%); período de tempo indicado para a utilização (69%).

**Discussão/Conclusões** - Existem algumas limitações no estudo, nomeadamente a elevada taxa de não respondentes 41,9% (11,7% recusas e 29,6% de aquisições por 3<sup>as</sup>) e o desconhecimento das suas características. Contudo os resultados poderão ser úteis como uma abordagem preliminar ao tema. Os resultados demonstram necessidade de promover o aconselhamento em Planeamento Familiar. O papel do farmacêutico deve ser avaliado e o seu envolvimento no processo de aconselhamento deve ser promovido.

**Palavras-chave** - Contracepção oral de emergência, Planeamento Familiar, Saúde reprodutiva; Educação sexual

(1) Médica de Saúde Pública - Observatório Nacional de Saúde (ONSA), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)

(2) Estatista - Observatório Nacional de Saúde (ONSA), Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge (INSA)

(3) Farmacêutica - Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR), Associação Nacional das Farmácias (ANF)

(4) Estatista - Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR), Associação Nacional das Farmácias (ANF)

## INTRODUÇÃO

A problemática relacionada com a gravidez indesejada é um tema de discussão recorrente na sociedade, nomeadamente daqueles que foram mandatados para legislar.

As abordagens propostas podem ser várias, mas passam necessariamente pela definição de estratégias de actuação relacionadas com a área da educação sexual, nomeadamente apoio e informação sobre planeamento familiar<sup>1</sup>. Um dos aspectos da questão diz respeito ao recurso à **contraceção oral de emergência**, através da utilização de um medicamento contendo Levonorgestrel na dosagem de 0.750mg, classificado como «medicamento não sujeito a receita médica».

Em 2003, segundo os dados disponíveis do Painel Sentinela do Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia (CEFAR), da Associação Nacional de Farmácias (ANF), estimava-se uma venda média anual de 137360 de embalagens.

Contudo, a dispensa, em venda livre, da “pílula do dia seguinte” pressupõe utilização responsável, fomentada na educação no âmbito da saúde.

Estar informado sobre a existência de contraceção de emergência é crucial, contudo não é um factor que por si só resulte em uso. Há outros aspectos relacionados com os processos de tomada de decisão de utilização deste método que será útil tentar compreender<sup>2,3</sup>.

Presumiu-se, pois, relevante aprofundar o conhecimento sobre a utilização, através de informação proporcionada pelo consumidor, neste caso, as mulheres.

Neste contexto o Observatório Nacional de Saúde – INSA e o Centro de Estudos de Farmacoepidemiologia - ANF desenvolveram um estudo com o objectivo de caracterizar a procura e utilização da **contraceção oral de emergência**.

## MATERIAL E MÉTODOS

Neste estudo definiu-se **Contraceção Oral de Emergência (COE)** como um método de contraceção utilizado até 72h após uma relação sexual não protegida, ou mal protegida por falha do método contraceptivo, utilizando um progestagénio, o levonorgestrel numa dosagem de 0,750 mg, repetida 12 a 24h depois da 1ª toma. O estudo consistiu num inquérito de base populacional, a utentes de farmácias do Continente que se apresentaram a pedir dispensa de uma das “pílulas do dia seguinte”, entre Maio de 2003 e Abril de 2004.

A participação no estudo estava condicionada ao consentimento informado por parte das utilizadoras. O estudo teve a aprovação da Comissão Ética do INSA.

A dimensão da amostra de utilizadoras foi definida com o objectivo de obter estimativas com um máximo de erro absoluto de 2,5% com um intervalo de confiança de 95%.

Para obter esta amostra, foram seleccionadas aleatoriamente farmácias, do conjunto de farmácias associadas da ANF, representativa de 98% do total de farmácias do país.

Foi incluída no estudo toda e qualquer mulher que, em presença ou por intermédio de terceiro, recorreu a uma farmácia seleccionada para adquirir a “pílula do dia seguinte” e aceitou participar no estudo. O único critério de exclusão era a incapacidade da utilizadora ler ou escrever. Não foram excluídas mulheres com mais do que uma utilização durante o estudo.

Os dados foram colhidos através da aplicação de um questionário de auto preenchimento, pré testado. As variáveis estudadas contemplaram as seguintes áreas: caracterização da utilizadora e sua história contraceptiva, caracterização da utilização e conhecimentos da utilizadora sobre a COE (Figura 1)

FIGURA 1 - VARIÁVEIS ESTUDADAS



Quando não foi a própria a requerer a pílula, o questionário apenas compreendeu uma pergunta sobre o tipo de relação da(o) utente com a utilizadora.

Uma vez que todas as variáveis em estudo foram do tipo categorial, usaram-se percentagens para a sua descrição.

As participantes foram descritas pelas suas características demográficas e história contraceptiva. Para as variáveis relacionadas com o uso e conhecimento de COE apresentou-se a distribuição de frequências no total da amostra e desagregada pelas categorias das variáveis de caracterização das utilizadoras (idade, escolaridade e vigilância em consulta de planeamento familiar ou ginecologia).

A associação entre estas variáveis foi avaliada pelo teste de Qui-quadrado, o teste de Tendência Linear para as variáveis independentes «escolaridade e grupo etário» e o teste Exacto de Fisher para as variáveis independentes com duas categorias.

Procedeu-se, ainda, a uma abordagem multivariada, de forma a ajustar os resultados para possíveis efeitos de confundimento entre as variáveis independentes, recorrendo a métodos de regressão logística e ao cálculo dos “odds ratio” (OR) resultantes, cuja significância foi calculada usando intervalos de confiança de 95% e *valor-p* para testar a hipótese nula de OR=1.

Na interpretação destes resultados consideraram-se os “odds ratio” como uma razão de possibilidades<sup>4</sup>, em que um OR>1 (OR<1) significa que os indivíduos que pertencem à categoria a que se refere o OR, têm mais (menos) possibilidades de adquirirem a característica descrita pela variável dependente do que os indivíduos da categoria de referência, na presença das restantes variáveis independentes.

Nos testes estatísticos, rejeitou-se a hipótese nula (não associação) sempre que o *valor-p* foi inferior a 5%. Calculou-se também, para todas as frequências

apresentadas os seus intervalos de confiança a 95% utilizando a aproximação à distribuição Normal.

Todos os resultados foram obtidos com o programa de *software* estatístico SPSS 12.0<sup>5,6</sup> ou a folha de cálculo Excel XP – Microsoft<sup>7</sup>.

## RESULTADOS

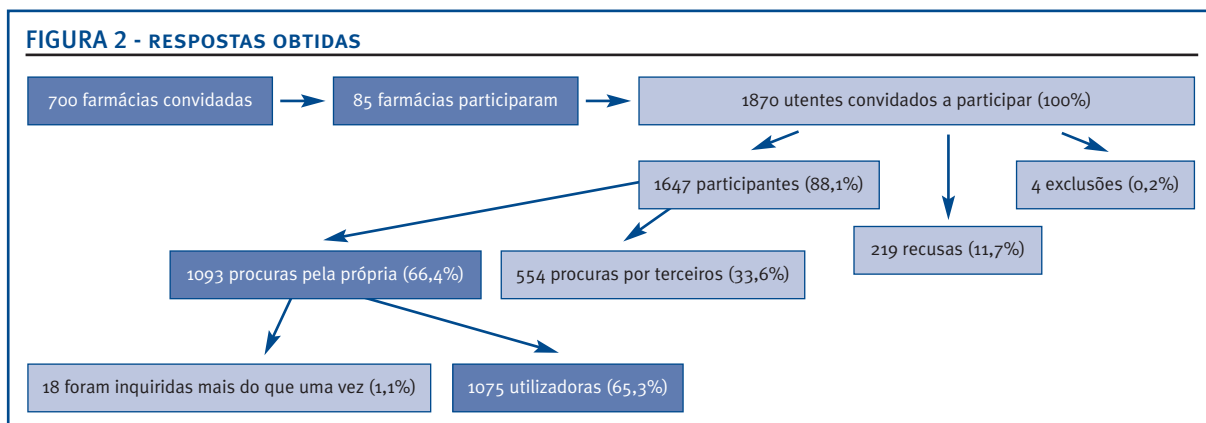
Participaram no estudo 1075 utilizadoras de COE, recrutadas em 85 farmácias. Dezoito mulheres recorreram à COE duas vezes durante estudo sendo assim avaliadas 1093 utilizações (Figura 2).

### Utilizadoras

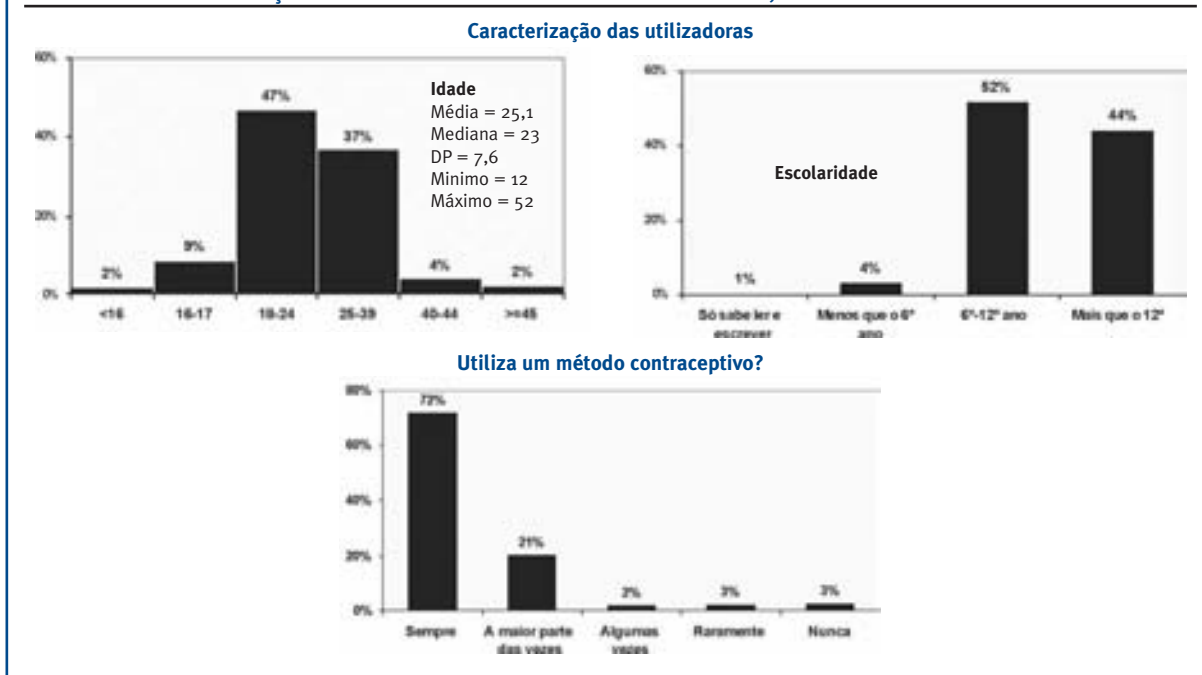
A idade média das utilizadoras foi de 25,1 anos (desvio padrão=7,6; mediana=23; amplitude=12 a 52), com uma distribuição assimétrica positiva. Dezoito utilizadoras eram adolescentes com idades abaixo dos 16 anos. A mais nova tinha 12 anos de idade, três tinham 14 anos e catorze referiram ter 15 anos. As mulheres dos 18-39 anos representaram 84,0% da amostra. Praticamente todas (95,9%) tinham completado, pelo menos o 6º ano de escolaridade. Mais de metade (72,2%) referiram usar sempre um método contraceptivo; 20,6%, a maior parte das vezes; 7,2%, ocasionalmente, raramente ou nunca usavam. Os métodos mais usados incluíram o preservativo (66,5%) e a “pílula” (43,5%). Pouco mais de metade (63,6%) referiu consultar, pelo menos uma vez por ano, um médico prestador de Planeamento Familiar (PF) ou um Ginecologista. Contudo 93 (9,0%) mulheres nunca tinham ido a uma consulta de PF /Ginecologia (Figura 3).

### Utilização

Foram estudadas 1093 utilizações de COE. O uso da “pílula do dia seguinte” como método contraceptivo regular foi referido por 1,1% das mulheres. Somente



**FIGURA 3 - CARACTERIZAÇÃO DAS UTILIZADORAS DE COE SEGUNDO A IDADE, ESCOLARIDADE E PRÁTICA CONTRACEPTIVA**



10,8% consultaram o médico antes da utilização. A consulta prévia de um médico, mostrou-se 2.2 vezes mais possível nas mulheres seguidas em consulta PF/Gin do que nas outras (OR 2,2 com IC=1,28-3,67). A maior parte das mulheres (96,2%) adquiriu a COE nas 72h após a relação sexual. Os resultados revelaram que quanto mais elevado o nível de instrução, maior a possibilidade da adequação do período de utilização

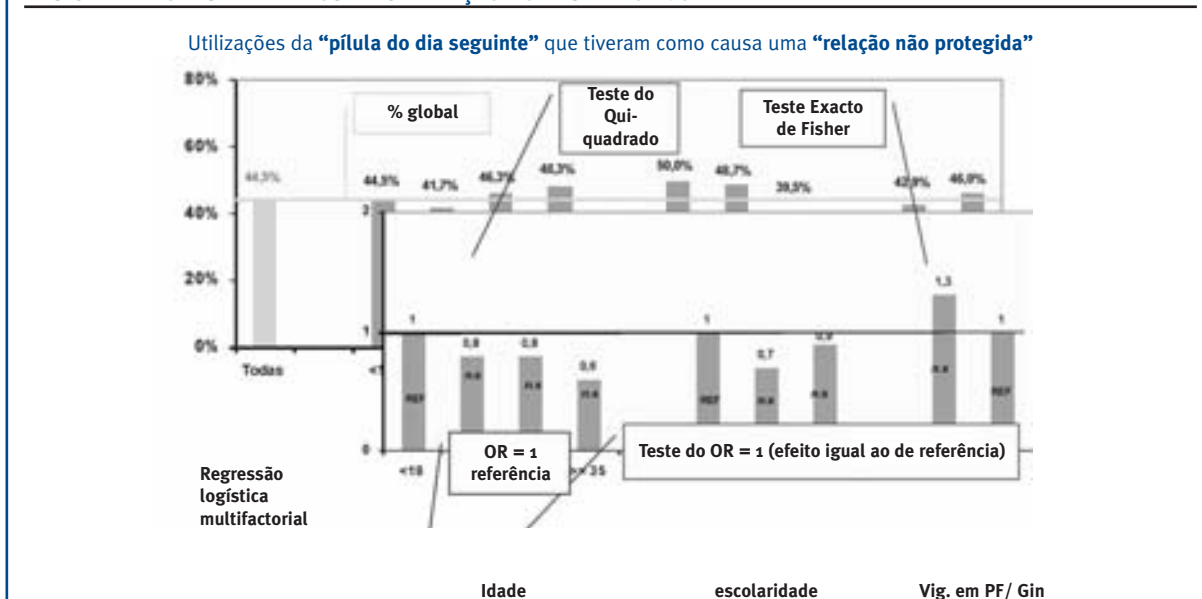
(6º-12º ano: OR 3,2 com IC=1,12-9,2; >12º ano: OR 8,8 com IC=2,7-28,4).

**O motivo**

A relação não protegida foi um motivo de utilização referido por 44,5% das mulheres.

Foram as utilizadoras com nível de estudo mais baixo que invocaram em maior percentagem este motivo (Figura 4).

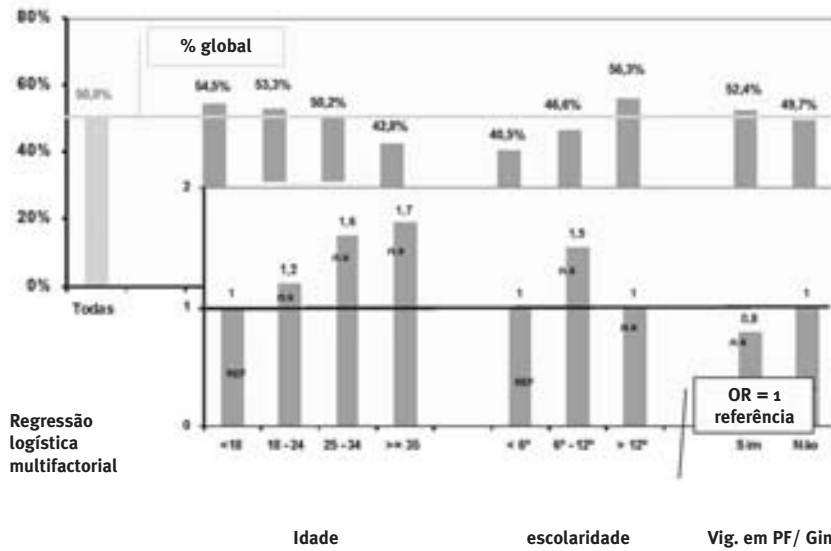
**FIGURA 4 - UTILIZAÇÃO DA COE DEVIDA A RELAÇÃO SEXUAL NÃO PROTEGIDA SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS UTILIZADORAS E PREDITOS DE UTILIZAÇÃO POR ESTE MOTIVO**





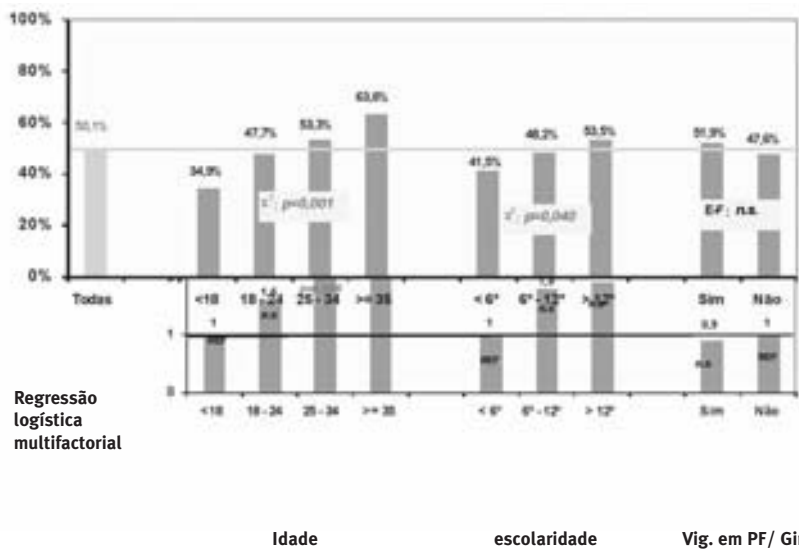
**FIGURA 5 - UTILIZAÇÃO DA COE DEVIDA A FALHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS UTILIZADORAS E PREDITOS DE UTILIZAÇÃO POR ESTE MOTIVO**

Utilizações da “pílula do dia seguinte” que tiveram como causa uma “falha do método contraceptivo”

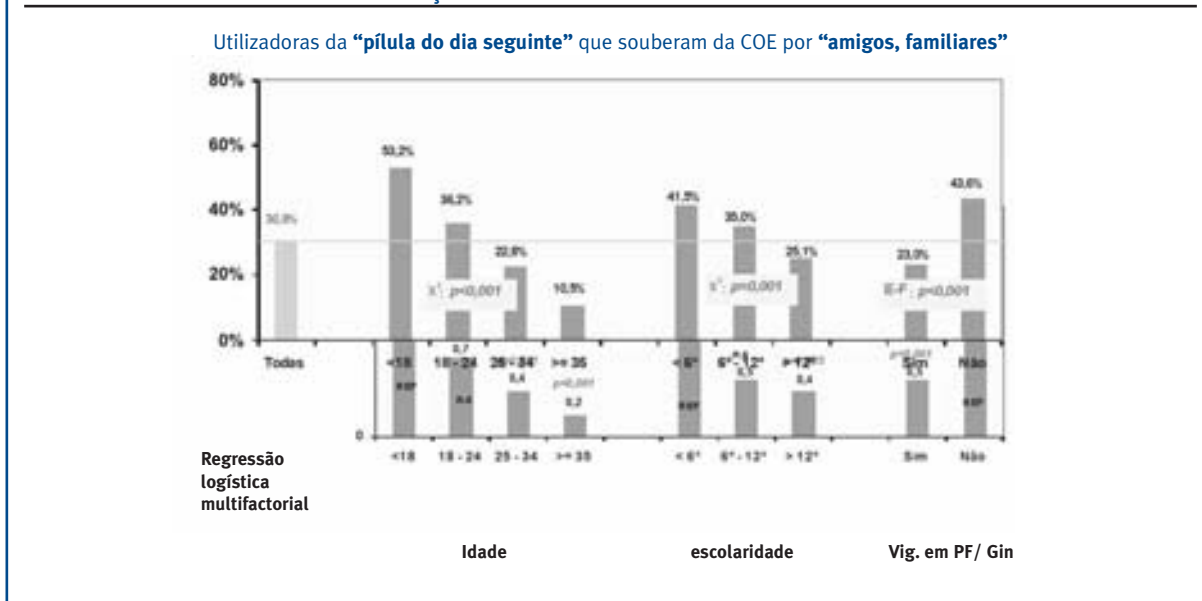


**FIGURA 6 - CONHECIMENTO DA COE PELOS MEDIA, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS UTILIZADORAS E PREDITOS DE INFORMAÇÃO POR ESTA FONTE**

Utilizadoras da “pílula do dia seguinte” que souberam da COE pela “comunicação social, revistas”



**FIGURA 7 - CONHECIMENTO DA COE POR AMIGOS/FAMILIARES, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS UTILIZADORAS E PREDITOS DE INFORMAÇÃO POR ESTA FONTE**



A falha do método contraceptivo foi apontada como motivo de utilização da COE por uma percentagem um pouco maior de utilizadoras (50,8%). Foram as mulheres mais novas e mais instruídas que invocaram em maior percentagem esta causa (Figura 5).

#### Como soube da COE

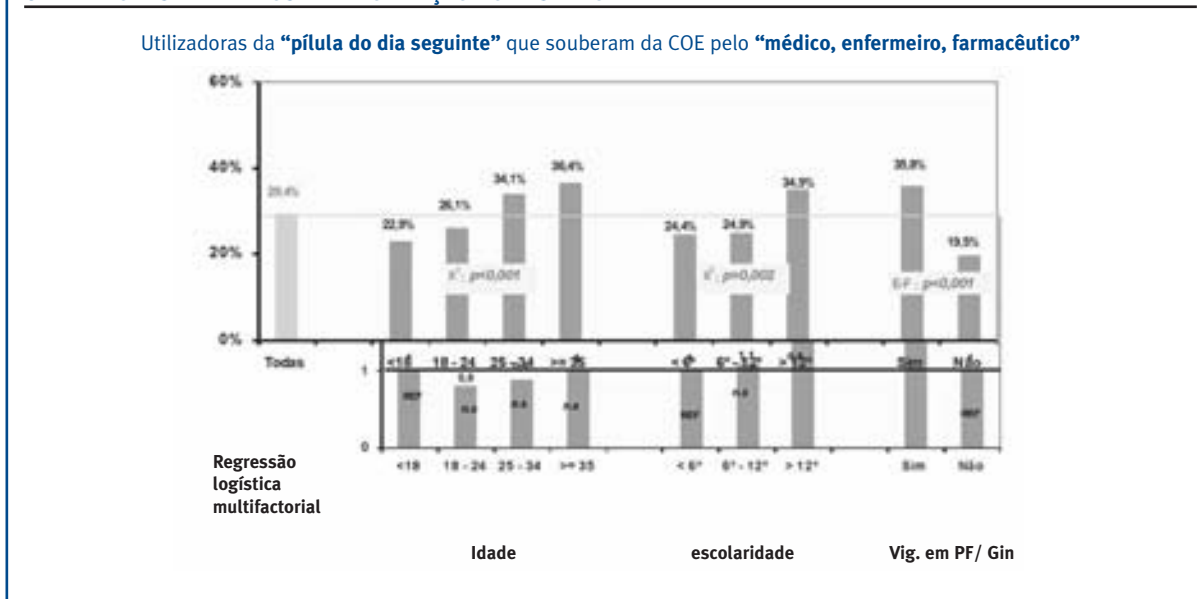
A maior parte das mulheres (50,1%) obteve conhecimento sobre a COE através dos *media*.

Os «*media*» foram significativamente mais referidos pelas mulheres mais velhas (Figura 6).

As mulheres mais novas, com menor nível de instrução e sem vigilância em PF/Gin, referiram, em maior percentagem, «amigos e família» como fonte de informação da COE (Figura 7)

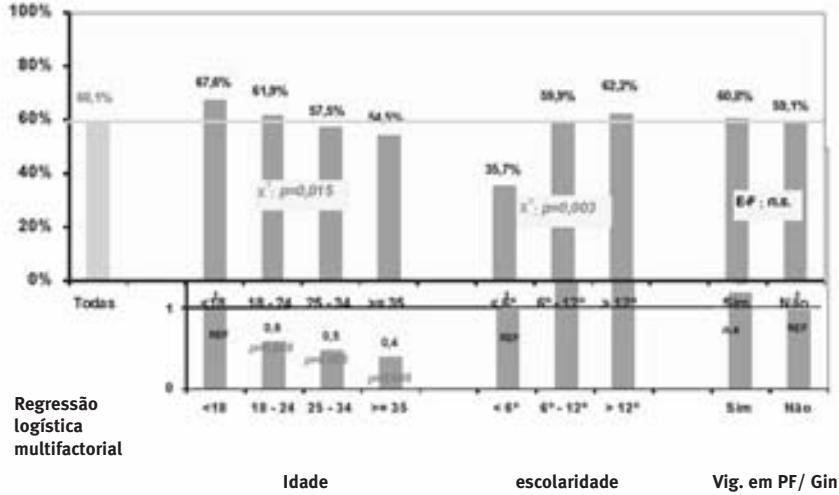
A vigilância em FP/Gin revelou-se associada à obtenção de conhecimento através do «prestador de saúde» (Figura 8)

**FIGURA 8 - CONHECIMENTO DA COE POR PRESTADORES DE SAÚDE, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS UTILIZADORAS E PREDITOS DE INFORMAÇÃO POR ESTA FONTE**



**FIGURA 9 - UTILIZAÇÕES DA COE DECIDIDAS CONJUNTAMENTE COM O PARCEIRO, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS UTILIZADORAS E PREDITOS DESTE PROCESSO DE DECISÃO**

Utilizadoras da “pílula do dia seguinte” que decidiram utilizar COE após “discussão com o parceiro”



**A tomada de decisão**

Mais de metade (60,1%) discutiu o assunto com o parceiro antes da utilização. Esta atitude revelou-se ser mais significativa entre as utilizadoras mais novas e mais instruídas (Figura 9).

Quase um terço decidiu (30,5%) sozinho. Este processo de decisão revelou-se 3 vezes e meia mais possível nas mulheres mais velhas (Figura 10).

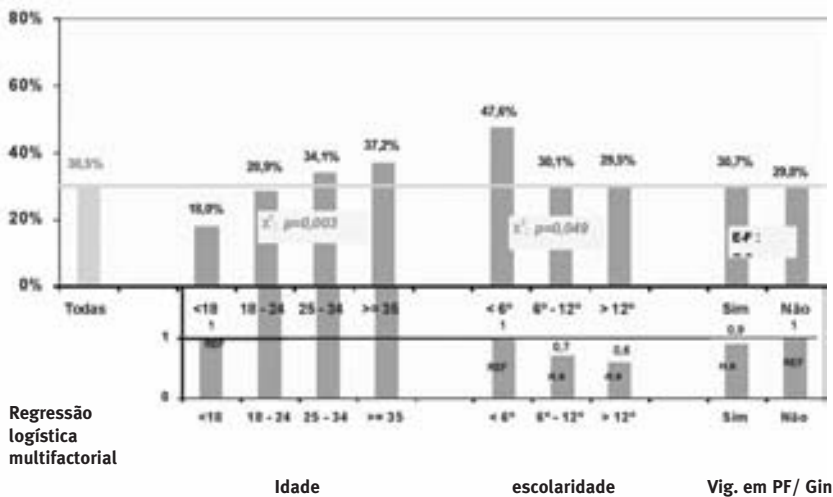
Somente 11, 7% procuraram aconselhamento com terceiros.

**A frequência de utilização**

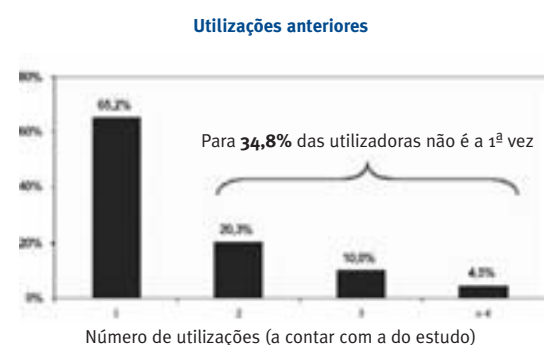
O uso no passado da COE foi referido por 34,8% das mulheres, independentemente da idade, nível de instrução ou frequência de consulta de PF/GIN (Figura 11). Destas, somente 34,5% procuraram uma consulta de

**FIGURA 10 - UTILIZAÇÕES DA COE DECIDIDAS APENAS PELAS UTILIZADORAS, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS MESMAS E PREDITOS DESTE PROCESSO DE DECISÃO**

Utilizadoras da “pílula do dia seguinte” que “decidiram sozinhas” utilizar COE



**FIGURA 11 - DISTRIBUIÇÃO SEGUNDO A FREQUÊNCIA DE UTILIZAÇÃO**



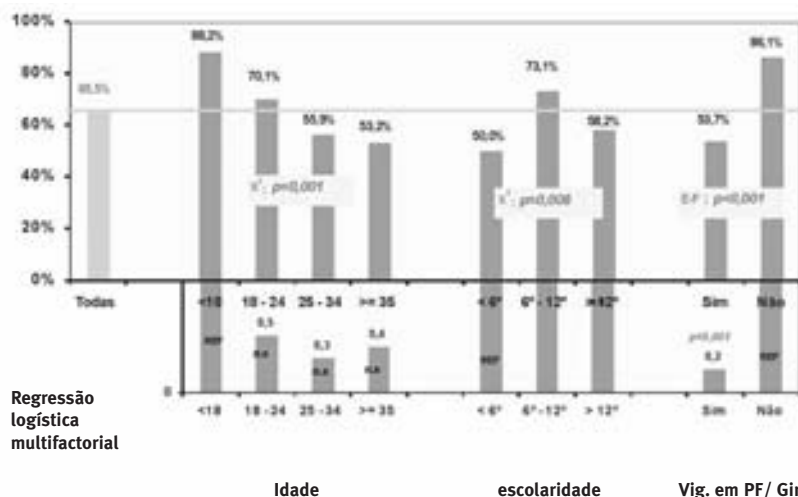
PF/Gin após a utilização e, significativamente em maior percentagem, aquelas que declaram ser seguidas em PF/Gin ( $p < 0,001$ ) (Figura 12)

**Conhecimento sobre a COE**

Os resultados revelaram conhecimento insuficiente sobre alguns aspectos específicos da COE, nomeadamente, a eficácia e a potencial interacção medicamentosa (Figura 13).

**FIGURA 12 - UTILIZADORAS QUE APÓS O USO ANTERIOR DE COE NÃO PROCURARAM A CONSULTA DE PF/GIN, SEGUNDO ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DAS MESMAS E PREDITOS DESTE TIPO DE COMPORTAMENTO**

Utilizadoras da “pílula do dia seguinte” que “nunca consultaram o médico” após o uso da COE



**FIGURA 13 - DISTRIBUIÇÃO DAS UTILIZADORAS SEGUNDO ITENS RELACIONADOS COM CONHECIMENTO DA COE**

**Conhecimento**

Utilizadoras que responderam sobre a “pílula do dia seguinte”:

	%	IC95%
Resulta na maior parte dos casos (75%)	41,4	(38,4; 44,4)
Há medicamentos que podem diminuir a eficácia	45,0	(42; 48)
Pode apresentar efeitos secundários	70,7	(67,9; 73,5)
Não é apropriada para atrasos menstruais	63,7	(60,8; 66,6)
Deve ser tomada até 72h após a relação	68,9	(66,1; 71,7)

## DISCUSSÃO

Apesar das dificuldades operacionais na manutenção de farmácias, por mais motivadas que estejam, a recrutar activamente as utentes para estudo durante um ano, obteve-se uma amostra cuja dimensão (1647 inquéritos) cobriu o erro de amostragem admitido. Mas, em rigor, atendendo à procura por terceiros ter tido alguma expressão (33.6% dos inquéritos realizados), só se obteve informação sobre 1093 registos válidos, número aquém das 1488 utilizadoras previstas para a menor estimativa da dimensão amostra.

Com efeito, constatou-se a participação de 554 utilizadoras, cuja procura do contraceptivo se fez por interposta pessoa. Esta situação, ainda que esperada, não era passível de ser quantificada à partida. Assim, por este motivo, foi perdida informação de 33.6% das utilizadoras que participaram no inquérito. Deveria ter sido estruturado um segundo tipo de questionário, adequado a estas situações, que de algum modo permitisse obter alguma informação, ainda que por um *proxy*.

Por outro lado, tratando-se de um estudo sobre um tema para o qual não se encontrou, à data, referências em Portugal, deparou-se com algumas dificuldades em contextualizar alguns aspectos, nomeadamente, ter ocorrido 11.7% de recusas que não foi possível caracterizar. Uma limitação do estudo relacionou-se precisamente com o facto de se ter apenas informação válida sobre 1093 das 1870 utilizadoras que foram detectadas pelo estudo, isto é, 58.4%. De facto, nada sabemos sobre as características sociodemográficas das que recusaram participar (11.7%) e das que adquiriram a pílula através de terceiros (29.6%) e que representam uma porção substancial da amostra inicial (41.6%). Este facto limita a inferência que se pretende fazer sobre a população-alvo do estudo. A amostra dessa população foram as 1870 mulheres que procuram obter a COE, das quais se obteve informação sobre 58.4%. Assim pode-se colocar a hipótese de existirem alguns viés no caso das “não respondentes” (recusaram e/ou adquiriram por terceiros) serem diferentes das respondentes. Tratando-se de um estudo sobre a utilização de um medicamento que pode ser dispensado sem a exigência de uma prescrição médica e dizendo respeito a comportamentos da esfera sexual, a metodologia utilizada revelou-se adequada, isto é, inquirir a própria, no local de procura, colhendo informação auto declarada, pese a pouca precisão da mesma.

Os principais resultados suscitam os seguintes comentários:

Apesar de não se ter qualquer suporte referencial, com base apenas naquilo que é do conhecimento geral sobre a problemática da gravidez não desejada, esperase-ia uma amostra mais frequentada por mulheres das franjas etárias do período reprodutivo (adolescentes e mulheres com 45 e mais anos). Contudo a média de idades (25 anos) encontrada é consistente com o referenciado noutros estudos<sup>8, 9</sup>. Nomeadamente, em estudos sobre utilizadoras de COE foi encontrada, em Espanha, uma média de idades de 24 anos e no Reino Unido, uma média de idades de 20 anos. Este estudo não permite afirmar ou infirmar a ideia, generalizada, que este é um método preferencialmente usado por adolescentes. Podemos, isso sim, concluir que é um método também utilizado por não adolescentes.

O nível de instrução da maioria dos elementos da amostra situou-se no médio para alto (96%). Os estudos atrás citados apontam para resultados com a mesma tendência em Espanha 84% e no Reino Unido 68%. Será que este facto resulta de um menor conhecimento da existência do método por parte de mulheres menos diferenciadas, ou traduz algum viés ligado à amostra? Será que o preço do medicamento limitará o acesso a mulheres de situação socioeconómica mais desfavorecida, logo, menos instruídas?

Apesar de mais de metade das inquiridas referir ter, pelo menos, uma vez por ano uma consulta de Ginecologia ou Planeamento Familiar, numa perspectiva de promoção da saúde seria desejável que um maior número de mulheres fosse vigiado.

A quase totalidade das utilizadoras (96%) recorreu à compra da COE num período correcto, isto é, nas 72 horas após a relação sexual. Esta percentagem aumentou de forma estatisticamente significativa com o aumento do nível de escolaridade. No entanto não parece ser um comportamento totalmente assumido racionalmente. Com efeito, apenas 68,9% referiram conhecer o período de toma adequado, enquanto que 24.6% respondeu de um modo mais restritivo, relativamente ao período indicado para a toma (até 24h após a relação). Poder-se-á concluir, *à priori*, que estas mulheres, apesar de mal esclarecidas, utilizariam dentro do período indicado a COE, mas poder-se-á também concluir que a ideia errada quanto ao período de toma poderia corresponder, ou induzir em terceiros, a um comportamento de risco, por se pensar que já não seria possível a utilização.

O motivo de utilização da COE “relação sexual não protegida” foi referido por 45% das utilizadoras. Este resultado afasta-se do observado (12%) no estudo, já

citado, em Espanha<sup>8</sup>, mas é semelhante ao encontrado no do Reino Unido (45%)<sup>9</sup>.

Atendendo à percentagem de mulheres que referiram «usar sempre um método contraceptivo para evitar uma gravidez quando têm relações sexuais» (72%), esperar-se-ia que a “falha do método contraceptivo” fosse invocado em maior percentagem. Teria sido pertinente perguntar a estas utilizadoras qual o método contraceptivo que estavam a usar especificamente na relação em causa.

No processo de tomada de decisão sobre a utilização da COE, mais de metade das mulheres, 60%, discutiu o assunto com o parceiro. Verificou-se que esta atitude foi mais frequente entre as utilizadoras mais novas e mais instruídas. Por outro lado, 31% das utilizadoras decidiu sozinha, tendo esta percentagem aumentado significativamente com a idade. Este é um achado que suscita alguma especulação. Traduzirá uma mudança de atitude na co-responsabilização no que diz respeito à vida sexual?

O principal resultado relativamente ao conhecimento sobre os diferentes aspectos da COE é o efeito positivo, significativo, associado ao nível de instrução da utilizadora.

Apesar das limitações metodológicas, os resultados apresentados suportam a evidência da necessidade de intervenção nesta área. Com efeito, este deverá ser sempre um método de recurso urgente perante o risco de uma gravidez indesejada, mas sobre o qual a utilizadora deve ter um conhecimento aprofundado das suas características. Por outro lado, a opção de utilização deverá ser cada vez mais fundamentada pelo risco objectivo de gravidez indesejada, em detrimento

de um medo infundado, resultante da falta de esclarecimento. O facto de haver mulheres a usar repetidamente este tipo de contraceptivo, nomeadamente foram reincidentes no período de tempo em que decorreu o estudo, significa que algo está mal na educação para a saúde, neste caso sexual, e na acessibilidade ao Planeamento Familiar, destas utilizadoras.

Os resultados apontam para a necessidade do delineamento de acções destinadas a promover a correcta utilização da COE. Nesta perspectiva, julga-se importante realçar o papel fundamental dos farmacêuticos e respectivos colaboradores. Na realidade, constituindo as farmácias a “porta de entrada” para o consumo do medicamento é fundamental que estes prestadores de saúde tenham informação qualificada e isenta sobre o assunto e promovam a referência para consultas de Planeamento Familiar que obviamente deveriam existir de modo planeado para dar resposta às necessidades e de fácil acesso.

O tema deste estudo insere-se numa problemática mais vasta que ciclicamente é objecto de discussão inflamada com posições extremadas sobre o assunto. Atendendo à situação, em Portugal, das gravidezes precoces e indesejadas com a consequente interrupção voluntária das mesmas, seria desejável, num futuro próximo uma melhoria na informação sobre a utilização responsável da COE. Contudo, como meta plenamente assumida pelos decisores em causa, deveria estabelecer-se num horizonte a médio prazo, uma diminuição no consumo deste contraceptivo, mas também do número de abortos clandestinos, como indicador de um estado saudável de Planeamento Familiar e Educação Sexual, em Portugal. **x**

#### AGRADECIMENTOS

Aos farmacêuticos que participaram no processo de recrutamento da população para estudo;

À Dr.ª Beatriz Calado (Direcção-Geral da Saúde) e Prof. Miguel Oliveira da Silva (Instituto de Medicina Preventiva - Faculdade de Medicina de Lisboa) pela disponibilidade demonstrada nos esclarecimentos prestados;

Ao Prof. Mário Cordeiro como proponente inicial do estudo;

Ao Dr. José Carlos Marinho Falcão (ONSA-INSA) pelo seu contributo na revisão do trabalho.

Colaboraram neste trabalho: Inês Baptista e Anysabel Afonso (ONSA-INSA) na criação da base de dados do estudo e introdução dos respectivos registos, na preparação dos materiais necessários ao trabalho de campo e no controlo da recepção de questionários.

#### BIBLIOGRAFIA

(1) Sørensen MB, Pedersen BL, Nyrnberg LE. Differences between users and non-users of emergency contraception after a recognized unprotected intercourse. *Contraception* 2000; 62: 1-3.

(2) Jackson R, Schwarz EB, Freedman L, Darney P. Knowledge and willingness to use emergency contraception among low-income women. *Contraception* 2000;61:351-371

(3) Muia E, Ellertson C, Lukhando M, Elul B, Clark S, Olenja J. Emergency Contraception in Nairobi, Kenya: Knowledge, Attitudes and Practices Among Policymakers, Family Planning Providers and Clients, and University Students. *Contraception* 1999; 60: 223-232.

(4) Last JM, editor. *A Dictionary of Epidemiology*. 3th ed. New York (NY):Oxford University Press; 1995

(5) SPSS® Base 12.0 User's Guide. SPSS inc. 2003

(6) SPSS Advanced Models™12.0. SPSS inc. 2003'

(7) Microsoft Excel XP

(8) Sanz SR, Pérez EG, Calvo CH, Moreno CP. Anticoncepción poscoital. Características de la demanda. *Aten Primaria* 2002; 30(6): 381-387

(9) Shawe J, Ineichen B, Lawrenson R. Emergency contraception: Who are the users? *The Journal of Family Planning and Reproductive Health Care* 2001; 27(4): 209-2

**DESCUBRA  
O QUE PODE FAZER MAIS  
PARA PREVENIR  
O CANCRO  
DO COLO DO ÚTERO.**



**PROTEJA-SE. PROTEJA AS SUAS FILHAS.**



[www.passaapalavra.com](http://www.passaapalavra.com)

O cancro do colo do útero é causado pelo papilomavírus humano e representa a segunda causa de morte por cancro na Europa\* em mulheres entre os 15 e 44 anos.

**Informe-se. Consulte o seu médico.  
E depois, passe a palavra.**

Em Portugal morre uma mulher por dia devido ao cancro do colo do útero e são diagnosticados por ano cerca de 950 novos casos. Podemos fazer muito mais para prevenir este cancro.



# O VIH/SIDA e as mulheres, uma abordagem de género

Carla Martingo [*Licenciada em História e Mestranda de Relações Interculturais*]

O lema para o dia 1 de Dezembro de 2004 continua actual e pertinente. Daí que esta breve abordagem do VIH/sida e as mulheres numa perspectiva de género implique uma referência ao tema “ouviste-me hoje?”. E o que implica esta perspectiva de género, definível como uma visão que integra o conjunto de crenças e normas sociais, costumes e práticas que definem os atributos e comportamentos femininos e masculinos? A sua inclusão em questões nas quais ser homem ou ser mulher tem implicações distintas, ou é patente o reconhecido desequilíbrio de poder entre homens e mulheres. É importante sublinhar, todavia, que ao adoptar-se uma perspectiva de género, tem que se ressaltar que as mulheres não são vítimas indefesas da dominação masculina mas sim, que os homens, como grupo, possuem maior poder que as mulheres, como grupo, podendo exercê-lo individualmente devido ao estatuto social que esse mesmo poder como homens lhes dá.

Por outro lado, de um ponto de vista feminista, a perspectiva de género visa reduzir esse diferencial de poder entre homens e mulheres, com vista a uma maior autonomia destas pelo que se pode considerar que é, igualmente, uma perspectiva de direitos humanos.

E qual a relação entre género, mulheres e infecção VIH/sida? Esta questão será abordada nesta breve reflexão sobre o impacto da epidemia no género feminino.

O primeiro caso de infecção pelo VIH/sida data de Junho de 1981, foi registado nos EUA num jovem homossexual, com um quadro de imunodeficiência nunca então visto. O aparecimento, em 1985, de casos semelhantes

por todo o mundo levou a Organização Mundial de Saúde a reunir um grupo de cientistas e profissionais da saúde com vista à recomendação de uma estratégia global para a prevenção e controlo da SIDA, promovida posteriormente pela Assembleia Mundial de Saúde e pela Assembleia das Nações Unidas. Inicialmente visto como um problema isolado de saúde, o VIH/sida passou a ser encarado como uma questão de desenvolvimento.

Em 25 anos, o VIH espalhou-se de forma avassaladora, afectando 65 milhões de pessoas em todo o mundo e matando 25 milhões. As estimativas da ONUSIDA apontam, em 2005, para 38,6 milhões de pessoas a viverem com o VIH em todo o mundo, ano que terá registado 4,1 milhões de novas infecções e 2,8 milhões de óbitos devido à SIDA. As mulheres, com 17,3 milhões de infecções, representam 44,8% do total de pessoas que vivem com o VIH/sida.

Apesar da dimensão da pandemia, a ONUSIDA estima que o impacto global da epidemia na população mundial ainda não tenha atingido o seu auge, prevendo que se venha efectivamente a sentir na segunda metade do séc. XXI. Nos 60 países mais afectados pela pandemia, segundo as projecções actuais, em 2015 a população será 115 milhões inferior que a projectada caso a SIDA não existisse.

Em Portugal, notificaram-se até ao dia 30 de Junho de 2006, 29.461 casos VIH/sida nos vários estádios de infecção. Verifica-se uma tendência evolutiva crescente importante dos casos que referem como causa provável de infecção a transmissão heterossexual, com 55,9% dos casos notificados (PA, Sintomáticos não-SIDA e SIDA).



As mulheres representam 31,3% dos casos de portadores assintomáticos (4.254), 24,2% dos casos sintomáticos não SIDA (653) e 15,6% dos casos de SIDA (2.315). Nos vários estádios da infecção, verifica-se uma maior concentração de casos entre os 20 e os 40 anos de idade, sendo o intervalo de idades dos 25 aos 29 anos que apresenta o maior número de casos notificados (1001 casos de PA, 130 de casos sintomáticos não sida e 505 casos de sida). A infecção VIH/sida afecta, assim e sobretudo mulheres em idade reprodutiva e sexualmente activa.

As mulheres e raparigas, são, globalmente, mais vulneráveis que os rapazes e os homens às IST em geral e ao VIH/sida em particular. Estudos apontam para uma probabilidade 2,5 vezes superior das mulheres/raparigas se infectarem do que os seus parceiros, maior vulnerabilidade essa que se prende com factores biológicos, socioculturais e económicos.

Um maior tempo de permanência do VIH na vagina, ou no ânus, do que no pênis, facilita a entrada do VIH, sendo que a vulnerabilidade biológica é superior em jovens mulheres, uma vez que o epitélio do colo do útero é mais susceptível às infecções sexualmente transmitidas. Após a menopausa, a vulnerabilidade aumenta igualmente mas devido ao facto de o tecido vaginal ficar atrofico e, conseqüentemente, menos resistente a microlesões que possam ocorrer durante o acto sexual. A estes factores biológicos acresce o facto de, frequentemente, nas mulheres a presença de IST não terem sintomatologia associada, pelo que, por não se saber da sua existência não se tratam, aumentando assim o risco de infecção pelo VIH/sida.

A vulnerabilidade ao VIH prende-se, igualmente, com factores socioculturais directamente ligados a questões de género:

- Os estereótipos socioculturais do “ser homem” e do “ser mulher” que se reflectem na aceitação, e encorajamento, dos rapazes e dos homens para terem várias parceiras sexuais, levando ao aumento da probabilidade de se infectarem pelo VIH e outras IST e, conseqüentemente, transmitirem o vírus às companheiras;
- Nas relações afectivo/sexuais as mulheres têm ainda dificuldade em assumir o estatuto de igualdade, ou porque esperam delas um papel submisso, ou porque as próprias mulheres pensam que é isso que se espera delas.

Acresce ainda uma baixa percepção do risco por parte das mulheres quando não se encontram associadas aos denominados “grupo de risco”. Para esta baixa ou ausente percepção do risco, sobretudo em relações monogâmicas, influem factores como a idade, educação e independência económica.

Será a ausência desta última que coloca as mulheres nessas condições em situação desfavorável para decidir quando, como e com quem ter relações sexuais, para negociar o uso do preservativo e/ou recusar relações sexuais não protegidas.

A reconhecida vulnerabilidade das raparigas e mulheres face ao VIH/sida levou a ONUSIDA a eleger, em 2004, este grupo-alvo como tema do Dia Mundial de Luta Contra a SIDA. A campanha, com o tema “Ouviste-me hoje?”, teve como objectivo alertar e consciencializar as pessoas sobre as questões que afectam mulheres e raparigas no que concerne ao VIH/sida, explorando o facto de a desigualdade de género alimentar a epidemia.

A abordagem da vulnerabilidade feminina foi, então, associada às seguintes razões: conhecimentos insuficientes sobre o VIH/sida, acesso insuficiente a serviços de prevenção do VIH; falta de capacidade para negociar o sexo seguro; falta de métodos de prevenção do VIH totalmente controlados pelas mulheres como os microbicidas; desigualdade de direitos entre homens e mulheres no acesso ao emprego, propriedade e educação; maior probabilidade das mulheres e das raparigas serem vítimas de violência doméstica, a qual, associada à violência sexual, potencia a transmissão do VIH/sida.

Factores como a falsa protecção associada a relações monogâmicas ou o recurso a relações sexuais frequentemente não protegidas como moeda de troca para fazer face a necessidades básicas como alimentação, alojamento ou subsistência/sobrevivência económica, concorrem para o aumento da já citada vulnerabilidade das mulheres (jovens e adultas). O Relatório do Fundo das Nações Unidas para a População (UNFPA) referente à situação da população em 2005, para além de abordar exaustivamente as questões de género e a sua implicação na pandemia do VIH/sida, foca a temática da falsa “segurança” do casamento ou das relações monogâmicas, tão responsável pela escalada da epidemia entre os heterossexuais. Segundo dados citados no Relatório, mais de quatro quintos das novas

infecções por VIH nas mulheres tem lugar no contexto do casamento ou de relações de longa duração. Na África Sub-Sahariana por exemplo, estima-se que 60% a 80% das mulheres seropositivas tenham sido infectadas pelo seu único parceiro, o marido/companheiro.

Tal como sucede em todo o mundo, verifica-se um aumento do número de infecções transmitidas por relações sexuais não protegidas homem/mulher (heterossexuais). Esta é uma realidade aplicável a Portugal, para a qual é necessário encontrar estratégias não só para a prevenção em relações sexuais ocasionais, como nas enquadradas em relações afectivo/sexuais mais prolongadas no tempo e, pretensamente, monogâmicas.

Há modelos de prevenção que têm sido aplicados e que, dado a escalada da epidemia, se têm revelado ineficazes. Um deles é a chamada abordagem “ABC”, na qual se aconselha a abstinência sexual, a fidelidade e o uso do preservativo. Muito embora estes princípios enformem de uma extrema boa vontade em combater a epidemia, a vida e os problemas quotidianos levam a que se coloque uma série de questões que vão comprometer a sua aplicabilidade: como pode uma mulher, por exemplo, vítima de violência física e/ou sexual, economicamente dependente do seu parceiro, levantar a questão da fidelidade ou do uso do preservativo?

Face aos números da epidemia do VIH/sida em Portugal, notificados até 30 de Junho do corrente ano, registam-se 537 casos de jovens infectados portadores assintomáticos, com idades compreendidas entre os 15 e os 19 anos de idade. Destes 537 jovens, que representam 4% do total dos portadores assintomáticos, 260 são do sexo masculino e 277 do sexo feminino. Questiona-se, assim, sobre a eficácia da abordagem “ABC”, nomeadamente a abstinência sexual ou a fidelidade. O problema do uso correcto e consistente do preservativo masculino é, por seu lado, transversal a todos os grupos etários sendo, todavia, entre os mais jovens que este método de barreira tem maior aceitação.

Ainda em 2004, integrado no tema do dia 1 de Dezembro, foram avançadas uma série de estratégias com vista a ultrapassar a vulnerabilidade das mulheres face às IST em geral e ao VIH/sida em particular:

- Investir na educação como forma de capacitação para fazer face à infecção, prevenindo e até alternan-

do comportamentos que potenciem a transmissão do VIH/sida. No caso concreto das raparigas, a educação trará uma série de benefícios pessoais e sociais: haverá uma maior tendência para casar mais tarde e ter menos filhos; serão melhor pagas no local de trabalho; estarão mais habilitadas para desempenhar cargos/funções sociais, económicos ou políticos de relevo.

- Combater todas as formas de violência contra as mulheres que, para além de uma questão de direitos humanos e de saúde pública em todo o mundo, aumenta a vulnerabilidade das mulheres face ao VIH. A violência doméstica, frequentemente acompanhada de violência sexual é praticada de forma mais ou menos significativa em todas as sociedades.

Em conformidade com os dados constantes do *site* da Comissão para a Igualdade e Direitos das Mulheres, 49,7% da população mundial são mulheres (3.132.342.000) e, pelo menos, uma em cada três mulheres foram espancadas, forçadas a ter relações sexuais ou alvo de alguma forma de abuso ao longo das suas vidas. As violações, a forma mais violenta de violência sexual, podem conduzir a gravidezes não desejadas e à transmissão de infecções como o VIH/sida. Segundo a Organização Mundial de Saúde, uma em cada cinco mulheres será vítima de violação, ou tentativa de violação na sua vida, sendo que estas não são muitas vezes denunciadas devido ao estigma que lhes está associado, pelo que, frequentemente, não são punidas.

- Integrar, nas estratégias de prevenção, factores que possibilitem às mulheres ter controlo sobre a sua própria vida, capacitando-as económica e socialmente de forma a ultrapassarem as situações de desigualdade de género que as colocam em situação de vulnerabilidade.

O Parlamento Europeu e o Conselho da Europa, visando “tomar as medidas necessárias para combater a discriminação em razão do sexo, raça ou origem étnica, religião ou crença, deficiência, idade ou orientação sexual” tomaram a Decisão n.º 771/2006/CE, de 17 de Maio, instituindo o ano de 2007 como o “Ano Europeu da Igualdade de Oportunidades para Todos – Para uma Sociedade mais Justa”.

Esta iniciativa integra a promoção da igualdade entre homens e mulheres, sendo para tal obrigatória a elimi-

nação das desigualdades e a promoção da igualdade de género na Europa comunitária. Uma sociedade apenas poderá ser justa quando homens e mulheres tiverem os mesmos direitos e os mesmos deveres.

- Redução da transmissão materno-infantil do VIH, ou seja, da transmissão do VIH da mulher grávida ao seu bebé durante a gravidez, parto e/ou aleitamento. Para tal, é essencial que as mulheres que pretendam engravidar, ou estejam grávidas, façam o teste para detecção dos anticorpos do VIH, vulgo “teste da SIDA”. No caso de grávidas portadoras do VIH, as terapêuticas anti-retrovíricas durante a gravidez, aliadas a outras medidas como a cesariana electiva, reduzem para menos de 2% as probabilidades do bebé nascer infectado.
- Acessibilidade a métodos de prevenção do VIH controlados pelas mulheres, com as agências internacionais a advogarem a acessibilidade ao preservativo feminino e aos microbicidas.

O preservativo feminino apresenta-se como uma alternativa ao masculino, sendo um método de barreira iniciado pela mulher. Feito de poliuretano, um plástico fino e macio, tem o comprimento de 17 centímetros, é desprovido de odor, não se conhecendo reacções alérgicas. Apresenta algumas vantagens em relação ao masculino: pode ser colocado até oito horas antes da relação sexual, não depende da erecção masculina, não necessita ser retirado após a ejaculação e, ao contrário do preservativo masculino, não é susceptível de deterioração devido ao calor ou humidade, facilitando desta forma o seu armazenamento.

Apesar da mais-valia em termos de prevenção, a sua fraca aceitação ditou a sua retirada do mercado. Mais recentemente, encontram-se em curso diligências no sentido de promover o seu uso em Portugal, após as quais se espera a sua reintrodução no circuito farmacêutico.

Os microbicidas, por seu lado, dependerão exclusivamente da vontade da mulher, sendo um produto aplicado topicamente sobre o epitélio vaginal, prevenindo infecções por VIH e outras IST, bacterianas ou virais. Apesar das potencialidades dos microbicidas, que poderão ter a forma de gel, creme ou supositório (e ser ou não espermicidas) não tem havido um financiamento relevante para a sua investigação, sendo necessário o envolvimento de empresas farmacêuticas de primeira linha. Em conformidade com as expectativas mais optimistas, apenas em 2010 estará no mercado a primeira geração dos microbicidas, uma vez que a Fase III (ensaios e eficácia) terá tido início apenas em 2004.

A ONUSIDA exorta os países a cumprir a promessa de fazer face ao VIH/sida. Para contrariar a escalada da epidemia é necessário que o VIH/sida seja visto como uma prioridade, tanto em termos de intervenção como de dotação orçamental, não se restringindo a luta contra esta pandemia a um número reduzido de instituições, governamentais e não governamentais, quando este é um problema transversal a toda a sociedade. Estratégias como integrar a prevenção do VIH/sida no contexto mais abrangente da saúde sexual e reprodutiva; envolver estruturas essenciais para atingir os indivíduos no decurso do seu ciclo de vida (Ministério da Saúde, Educação, Economia, Trabalho, Solidariedade Social, Negócios Estrangeiros, Administração Interna, entre outros); capacitar associações representativas de mulheres para a prevenção e gestão do VIH/sida, integradas numa filosofia de rentabilização dos recursos humanos e financeiros disponíveis, poderão fazer a diferença e reverter a escalada da epidemia. A eficácia dessas estratégias passará, por tudo o que foi dito até aqui, pela introdução da perspectiva de género, nunca esquecendo que as desigualdades de género só poderão ser ultrapassadas mediante o envolvimento tanto de mulheres como homens. **X**

#### BIBLIOGRAFIA

- APF (2006) *Saúde Sexual e Reprodutiva e VIH/SIDA: uma questão de desenvolvimento*, APF, Lisboa.
- CVEDT (2006), *Infecção VIH/SIDA – A Situação em Portugal – 30 de Junho de 2006 – Doc. 136*, CVEDT, Lisboa.
- Hoffman, Susie *et al*, “The Future of The Female Condom”, in *Perspectives in Sexual and Reproductive Health*, Vol. 36, Nr. 3, Maio/Junho, p. 120.
- IPPF (2001) *Advocacy Guide for HIV/AIDS*, Terracotta Press, Londres.
- OMS (2003) *Integrating Gender into HIV/AIDS Programmes – a review paper*, OMS, Genebra.
- ONUSIDA (2006) *Report on the global AIDS epidemic, a UNAIDS 10th anniversary special edition*, ONUSIDA, Genebra.
- Projecto PHASE (2002) *Prevention of HIV and STIs among women in Europe*, PHASE, Holanda.
- Projecto PHASE (2003) *Best practices in HIV/AIDS & STI prevention for Women in Western Europe*, PHASE, Holanda.
- UNFPA (2005) *A Situação da população mundial 2005 – A promessa de Igualdade: Equidade em Matéria de Género, Saúde Reprodutiva e Objectivos de Desenvolvimento do Milénio*, FNUAP, Nova Iorque.
- [www.cidm.pt](http://www.cidm.pt) ; [www.aidsportugal.com](http://www.aidsportugal.com) ; [www.sida.pt](http://www.sida.pt) ; [www.amnistia-internacional.pt](http://www.amnistia-internacional.pt)

# Intervenção na Apresentação Pública em Portugal do Relatório do UNFPA “A Situação da População Mundial 2006”

(Lisboa, 6 de Setembro de 2006)

João Gomes Cravinho *[Secretário de Estado dos Negócios Estrangeiros e da Cooperação]*

Foi com muito gosto que, desde logo, aceitei a proposta da Associação para o Planeamento da Família (APF), para, em conjunto com o FNUAP, promover a divulgação do Relatório sobre a Situação da População Mundial 2006. Ao longo dos anos o Relatório anual do FNUAP tem vindo a consolidar o seu lugar como um documento essencial de referência, no mundo da cooperação para o desenvolvimento. Considero fundamental que este Relatório tenha toda a divulgação possível e o MNE tem muito gosto em colaborar neste processo de divulgação. Quero felicitar o FNUAP pela pertinência do tema central do seu Relatório deste ano, uma vez que toca duas dimensões fundamentais da agenda internacional no que diz respeito ao desenvolvimento: por um lado, a temática das Migrações, que é este ano enfoque de variadíssimas reflexões e troca de experiências bem como de articulação de perspectivas sobre a real natureza e dimensão do fenómeno e das respostas a dar; por outro lado, a temática do Género, uma preocupação transversal nas diversas actividades da cooperação para o desenvolvimento. A crescente mobilidade internacional suscita a necessidade de conhecer melhor os fenómenos das migrações internacionais e designadamente qual o seu impacto sobre determinados grupos de populações, particularmente os potencialmente mais vulneráveis como as mulheres, jovens e crianças.

No entanto, devemos ter bem presente que a importância de se estudar este fenómeno deriva não só da necessidade de conhecer eventuais impactos negativos, mas também de reconhecer dinâmicas positivas e identificar possibilidades de melhoria nessas dinâmicas, alertando simultaneamente para direitos, necessidades e carências, mas também para valências, benefícios e

potenciais. A agenda internacional tem-se concentrado, sobretudo ao longo deste ano de 2006, em promover a articulação entre as migrações internacionais e o desenvolvimento. Este esforço deriva do reconhecimento de que a dimensão do fenómeno não se pode abordar com medidas repressivas e securitárias. É evidente que todos os Governos têm obrigação de tratar com prudência este tema, evitando qualquer tipo de demagogia ou cedência a discursos populistas seja de uma corrente ou de outra. Tratar de forma responsável o tema da migração implica conhecer os instrumentos e as políticas necessárias para uma boa gestão de fluxos de migração, não só ao nível das suas causas como dos seus impactos. Basta olhar para o drama quotidiano vivido por milhares de africanos que procuram atingir as costas espanholas, muitas vezes perdendo a vida no processo, para se perceber a enorme gravidade da situação com que nos confrontamos.

Mas se a dimensão policial é inescapável, não é menos verdade que as nossas reflexões desembocam sempre em considerações sobre a política internacional de desenvolvimento, mais concretamente, sobre como reforçar o desenvolvimento para que a migração seja uma opção que se coloca em pé de igualdade com outras alternativas existentes no país de origem. Infelizmente estamos ainda muito longe da realização de um tal sonho, em que a mobilidade seria para todos uma questão de opção, fosse pela inexistência de conflitos geradores de migrações forçadas, fosse pela existência de oportunidades de sobrevivência decente para todos, nos seus países de origem. A migração seria, então, um fenómeno digno para todos, fruto de opções de vida pensadas e reflectidas e não sujeitas à manipulação de redes internacionais de tráfico e

exploração de seres. A gravidade da actual conjuntura tem pelo menos o efeito de nos chamar a atenção para a importância central desta temática para o mundo globalizado em que vivemos. E não será por demais sublinhar a relevância de serem lançados e devidamente publicitados estes relatórios sobre a população mundial, que nos trazem dados fidedignos, com base nos quais podemos tomar consciência da verdadeira dimensão dos fenómenos e das diversas implicações dos mesmos. Tal utilidade reflecte-se, não só ao nível dos decisores políticos, ou das instituições que trabalham mais de perto com estas temáticas, mas também ao nível da opinião pública em geral, que carece muitas vezes de informação clara sobre as realidades que lhe são apresentadas, sendo fundamental a acessibilidade a essa informação. A facilidade com que a problemática das migrações se presta a manipulações demagógicas – e temos visto isso em vários países – aconselha a que haja uma grande preocupação em levar à opinião pública toda a informação possível.

É uma verdade que os números por si só nos dão a possibilidade de múltiplas visões, sendo por vezes uma opção de quem os utiliza, olhar para eles na sua vertente mais positiva ou mais negativa. Penso que o relatório que hoje vos será apresentado tem uma preocupação de fundo muito enriquecedora, que é a de nos dar uma visão equilibrada da questão das mulheres e suas migrações. Opta, sobretudo, por uma abordagem que coloca na balança os múltiplos aspectos que se prendem com as migrações, e isto significa também o reconhecimento da enorme importância do contributo das mulheres migrantes para o desenvolvimento, seja dos seus países de origem, seja dos países de acolhi-

mento. O relatório que hoje é apresentado constitui também um contributo valioso para a reunião de Alto Nível das Nações Unidas sobre Migrações e Desenvolvimento, que decorrerá muito em breve em Nova Iorque e que incluirá pelo menos um importante evento paralelo relacionado com as mulheres e as migrações, na qual estarei presente. Nessa reunião, onde estarão representados praticamente todos os países membros das Nações Unidas, haverá oportunidade para debater o fenómeno migratório sob todos os seus ângulos, tendo presente que as responsabilidades nestas matérias não pertencem apenas aos países de destino, mas também aos países de origem e de trânsito. A temática das mulheres e migrações, tal como, de resto, as questões mais gerais do desenvolvimento, são temáticas que, na sua maioria, ultrapassam a dimensão da afirmação do Género e se colocam ao nível da afirmação dos Direitos Humanos. Aliás, já no anterior Relatório do FNUAP sobre questões de igualdade e equidade de género e os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio, se registou este reconhecimento da relação íntima entre desenvolvimento e Direitos Humanos. A afirmação de direitos sociais e económicos, por um lado, através da realização de objectivos básicos de desenvolvimento, e por outro lado, a afirmação de direitos fundamentais respondendo aos desafios colocados, por exemplo, pelas redes internacionais de tráfico de seres.

A cooperação para o desenvolvimento faz parte de um conjunto de medidas de longo prazo que, de alguma forma, podem ajudar a prevenir a necessidade de emigrar de forma arriscada e sem noção dos perigos no caminho e das dificuldades à chegada. Mas a curto prazo importa tomar outras medidas, designadamente a realização de campanhas de informação eficazes

junto das populações mais vulneráveis, sobre as implicações da imigração clandestina. A gestão de fluxos e definição de canais legais de imigração, fornece também uma opção alternativa de imigrar de forma segura, que deve ser explorada convenientemente, assegurando a preservação de direitos fundamentais.

A crescente imigração de mulheres em condições legais, pode constituir um indicador positivo de ascensão social ou pelo menos de mobilidade, enriquecedora em termos de conhecimento e experiência, e até, para utilizar uma expressão apropriada do inglês, “empoderadora”. É fundamental aprofundar os contextos em que ocorrem os fenómenos migratórios e a atenção que é dada à integração das mulheres nas sociedades de acolhimento, bem como às suas necessidades específicas e constrangimentos culturais, por exemplo, em termos de saúde sexual e reprodutiva e de planeamento familiar. Importa, por outro lado, assegurar, que tal imigração, por vezes mais qualificada do que a generalidade da população do país de origem, ou representativa de uma força produtiva fundamental, não produz impactos negativos no desenvolvimento do país de origem. O apoio à criação de redes das diásporas para ajudar a desenvolver os países de origem, tem sido reconhecido como importante, mesmo para a própria integração dos imigrantes nos

países de acolhimento. Cada vez mais as mulheres aparecem como elementos visíveis e altamente mobilizadores de recursos e de vontades para tal finalidade. Também os jovens, filhos de imigrantes, muitas vezes já de segunda geração, podem dar um contributo fundamental neste sentido, sendo esse empenho no contacto com as raízes também uma fonte potencial de promoção de uma dupla identidade numa sociedade multicultural que fomente a integração efectiva na sociedade de acolhimento, a qual para muitos jovens já é a sociedade de origem, mas onde persistem traços culturais e identitários das sociedades de origem dos pais, que devem ser assumidos de forma natural e positiva. Todo esse potencial deve ser explorado e aproveitado em parcerias que estimulem e canalizem a vontade e energia existente nos imigrantes, com os apoios necessários à concretização de actividades úteis para todos: países de origem, de acolhimento, e sobretudo para os próprios imigrantes. Aqui, a comunicação e mobilização da sociedade civil têm um papel fundamental numa participação mais activa, designadamente no contexto português. Termina com estas palavras de incentivo à mobilização, à conjugação de esforços e à confiança naquilo que a imigração traz de positivo às mulheres e jovens, certo de que o relatório sobre a população mundial nos próximos anos será portador de informação cada vez mais encorajadora. x

# Mercilon® 20x

**MERCILON** comprimidos contendo 0,15 mg de desogestrel e 0,02 mg de etinilestradiol. Está indicado na Contraceção oral. **Como tomar Mercilon** Os comprimidos devem ser tomados pela ordem indicada na embalagem, todos os dias aproximadamente à mesma hora, com líquido se necessário. Deve-se tomar um comprimido por dia durante 21 dias consecutivos. Cada embalagem seguinte é iniciada após o intervalo de 7 dias sem comprimidos, durante o qual ocorre geralmente uma hemorragia de privação. Esta normalmente começa 2 a 3 dias após o último comprimido e pode não ter acabado antes de iniciar a embalagem seguinte **Como iniciar Mercilon** Quando nenhum contraceptivo foi usado no ciclo anterior: Deve-se iniciar a toma dos comprimidos no primeiro dia do ciclo natural (isto é, no primeiro dia da hemorragia menstrual). É possível começar entre o dia 2 e 5, mas durante o primeiro ciclo recomenda-se o uso de um método de barreira adicional, durante os primeiros 7 dias de utilização de Mercilon. Quando muda de um contraceptivo hormonal combinado (contraceptivo oral combinado – COC, anel vaginal ou sistema transdérmico): A mulher deverá iniciar Mercilon, preferencialmente, no dia seguinte à toma do último comprimido activo (o último comprimido contendo as substâncias activas) do seu COC anterior mas, no mais tardar, pode iniciar no dia seguinte ao último dia do intervalo sem comprimidos ou a seguir ao último comprimido de placebo do seu COC anterior. Caso tenha utilizado um anel vaginal ou sistema transdérmico, a mulher deve iniciar a toma de Mercilon preferencialmente no dia de remoção mas, no mais tardar, pode iniciar no dia em que a próxima aplicação deveria ser realizada. Quando muda de um método só com progestagénio (mini-pílula, injeção, implante) ou de um sistema intrauterino (SIU) libertador de progestagénio: Em relação à mini-pílula, a mulher poderá mudar em qualquer dia do ciclo (quanto à mudança de um implante ou de um SIU deverá ser feita no dia da remoção, de um injectável no dia em que a próxima injeção deveria ser administrada), mas em todos estes casos a mulher deverá utilizar um método de barreira adicional durante os primeiros 7 dias de utilização de Mercilon. Após um aborto ocorrido no primeiro trimestre A mulher pode iniciar imediatamente a toma de Mercilon. Neste caso, não necessita de tomar medidas contraceptivas adicionais. Após um parto ou um aborto ocorrido no segundo trimestre Quanto às mulheres a amamentar, ver "Gravidez e aleitamento". A mulher deverá ser aconselhada a iniciar Mercilon entre os dias 21 e 28 após um parto ou um aborto ocorrido no segundo trimestre de gravidez. Se iniciar mais tarde, a mulher deve ser aconselhada a usar um método de barreira adicional durante os primeiros 7 dias de utilização de Mercilon. No entanto, se já tiver ocorrido uma relação sexual deve excluir-se a possibilidade de gravidez ou esperar pela primeira menstruação antes de se iniciar a utilização de um COC. **O que fazer quando houver esquecimento dos comprimidos** Se tiverem decorrido menos de 12 horas desde o esquecimento da toma de um comprimido, a protecção contraceptiva não está reduzida. A mulher deverá tomar o comprimido assim que for detectado o esquecimento e os comprimidos seguintes deverão ser tomados à hora habitual. Se tiverem decorrido mais de 12 horas desde o esquecimento da toma de um comprimido, a protecção contraceptiva poderá estar reduzida. **Dois** regras básicas deverão ser respeitadas quanto ao esquecimento dos comprimidos: **1ª** - A toma dos comprimidos nunca deve ser suspensa por um período superior a 7 dias. **2ª** - São necessários 7 dias consecutivos de toma de comprimidos para obter uma supressão adequada do eixo hipotálamo-hipófise-ovário. Desta forma, é dado o seguinte conselho para a prática clínica diária: **Semana 1** A mulher deverá tomar o último comprimido esquecido assim que detectar o esquecimento, mesmo que isto signifique tomar dois comprimidos ao mesmo tempo. Posteriormente, deverá continuar a tomar os comprimidos à hora habitual. Adicionalmente, deverá ser utilizado um método de barreira, tal como o preservativo, durante os 7 dias seguintes. Se tiverem acontecido relações sexuais nos 7 dias anteriores, deve ser considerada a possibilidade de uma gravidez. Quanto maior for o número de comprimidos esquecidos e quanto mais perto o esquecimento tiver ocorrido do intervalo regular sem comprimidos, maior o risco de ocorrer uma gravidez. **Semana 2** A mulher deverá tomar o último comprimido esquecido assim que detectar o esquecimento, mesmo que isto signifique tomar dois comprimidos ao mesmo tempo. Posteriormente, deverá continuar a tomar os comprimidos à hora habitual. Desde que a mulher tenha tomado correctamente os seus comprimidos nos 7 dias anteriores ao primeiro comprimido esquecido, não há necessidade de precauções contraceptivas adicionais. No entanto, se este não é o caso ou se a mulher se esqueceu de tomar mais do que um comprimido, deverá ser aconselhada a utilizar precauções contraceptivas adicionais durante os 7 dias seguintes. **Semana 3** O risco de protecção contraceptiva reduzida é iminente devido à proximidade do intervalo de tempo sem comprimidos. Contudo, ajustando o esquema de toma dos comprimidos, pode-se prevenir a redução da protecção contraceptiva. Cumprindo qualquer uma das **duas** opções seguintes, não há necessidade de usar precauções contraceptivas adicionais desde que a mulher tenha tomado correctamente todos os comprimidos nos 7 dias anteriores ao primeiro comprimido esquecido. Se este não é o caso, a mulher deverá também ser aconselhada a utilizar precauções adicionais durante os 7 dias seguintes. **1** - A mulher deve tomar o último comprimido esquecido assim que detectar o esquecimento, mesmo que isto signifique tomar dois comprimidos ao mesmo tempo. Posteriormente, deverá continuar a tomar os comprimidos à hora habitual. A embalagem seguinte deve ser iniciada assim que a embalagem em uso acabe, isto é, não deverá fazer intervalo de tempo entre embalagens. Não é provável que a mulher tenha uma hemorragia de privação até ao final da segunda embalagem, no entanto, pode ter spotting (pequenas perdas de sangue) ou hemorragias intraciclicas nos dias de toma dos comprimidos. **2** - Também pode ser aconselhado à mulher a suspensão da toma dos comprimidos da embalagem em uso. Neste caso, ela deverá ter um intervalo sem comprimidos até 7 dias, incluindo os dias de esquecimento de comprimidos e, subsequentemente, continuar com a embalagem seguinte. Se a mulher se esqueceu de comprimidos e, posteriormente, não tiver uma hemorragia de privação no primeiro intervalo normal sem comprimidos, deve ser considerada a possibilidade de uma gravidez. **Em caso de perturbações gastrointestinais graves**, a absorção pode não ser completa e devem ser tomadas medidas contraceptivas adicionais. Se ocorrerem vômitos durante os 3-4 horas seguintes à toma do comprimido, é aplicável o conselho em relação ao esquecimento de comprimidos, dado em "O que fazer quando houver esquecimento dos comprimidos". Se a mulher não quiser alterar o seu esquema normal de toma de comprimidos, terá que tomar o(s) comprimido(s) adicional(ais) de outra embalagem. **Para atrasar um período menstrual**, a mulher deverá iniciar outra embalagem de Mercilon sem fazer o intervalo sem comprimidos. O prolongamento pode ser estendido durante tanto tempo quanto desejar até ao final da segunda embalagem. Durante o prolongamento, a mulher pode ter hemorragias intraciclicas ou spotting (pequenas perdas de sangue). A toma regular é retomada após o intervalo habitual de 7 dias sem comprimidos. Para alterar o período menstrual para um dia da semana diferente daquele a que a mulher está acostumada com o seu esquema habitual, a mulher pode ser aconselhada a encurtar o próximo intervalo sem comprimidos tantos dias quanto desejar. Quanto mais curto for esse intervalo, maior será o risco de não ocorrer uma hemorragia de privação e ocorrerem hemorragias intraciclicas e spotting (pequenas perdas de sangue) durante a segunda embalagem (tal como para atrasar o período menstrual). Os COCs não devem ser utilizados na presença de qualquer uma das situações abaixo listadas. Se uma destas situações surgir pela primeira vez durante o uso de COCs, a toma do medicamento deverá ser interrompida imediatamente. Presença ou antecedentes de eventos tromboticos/tromboembolicos venosos ou arteriais (por exemplo, trombose venosa profunda, embolismo pulmonar, enfarte do miocárdio) ou de acidente vascular cerebral. Presença ou antecedentes de sinais prodromicos de trombose (por exemplo, acidente isquémico transitório, angina de peito). Antecedentes de enxaqueca com sintomas neurológicos focais. Diabetes mellitus com envolvimento vascular. Presença de um factor grave ou de múltiplos factores de risco de trombose venosa ou arterial podem constituir também uma contra-indicação (ver "Advertências e precauções especiais de utilização"). Pancreatite ou antecedentes se associados a hipertrigliceridemia grave. Presença ou antecedentes de doença hepática grave, desde que os valores da função hepática não tenham regressado aos valores normais. Presença ou antecedentes de tumores hepáticos (benignos ou malignos). Presença ou suspeita de patologias malignas sensíveis aos esteróides sexuais (por exemplo, dos órgãos genitais ou da mama). Hemorragia genital não diagnosticada. Gravidez ou suspeita de gravidez. Hipersensibilidade às substâncias activas ou a qualquer um dos excipientes. **Advertências e precauções especiais de utilização** **Advertências** Se se verificar alguma das situações/factores de risco abaixo referidos, devem ponderar-se os benefícios do uso de COCs face aos possíveis riscos. Cada caso deve ser considerado individualmente e discutido com a mulher antes de ela se decidir sobre o seu uso. A mulher deve ser aconselhada a contactar o médico em caso de agravamento, exacerbação ou após o aparecimento pela primeira vez de qualquer uma destas situações ou factores de risco. O médico decidirá se o seu uso deve ou não ser interrompido. **1. Patologia circulatória** Estudos epidemiológicos têm sugerido uma associação entre o uso dos COCs e o aumento do risco de trombose venosa e arterial e de doença tromboembólica, como enfarte do miocárdio, síncope, trombose venosa profunda e tromboembolismo pulmonar. Estas complicações ocorrem raramente. O uso de qualquer COC está associado a um aumento de risco de tromboembolismo venoso (TEV), manifestado como trombose venosa profunda e/ou tromboembolismo pulmonar. O risco é maior durante o primeiro ano de utilização em mulheres que nunca tomaram COCs. Em alguns estudos epidemiológicos verificou-se que as mulheres que utilizavam COCs de baixa dosagem com progestagénios de terceira geração, incluindo desogestrel, apresentavam um maior risco de TEV, comparativamente às que utilizavam COCs de baixa dosagem com o progestagénio levonorgestrel. Estes estudos indicaram um aumento do risco para o dobro aproximadamente, o que corresponde a 1-2 casos adicionais de TEV por 10.000 mulheres-ano de utilização. Contudo, dados de outros estudos não mostraram esta duplicação no aumento de risco. Para além disso, considera-se que a incidência de TEV em utilizadoras de COCs de baixa dosagem em estrogénios (< 0,05 mg etinilestradiol) é de até 4 por 10.000 mulheres-ano comparativamente a 0,5-3 por 10.000 mulheres-ano nas não utilizadoras de COCs. A incidência de TEV que ocorre durante a utilização de COC é menor do que a incidência associada à gravidez (i.e. 6 por 10.000 mulheres grávidas-ano). Muito raramente, foram reportados casos de trombose ocorrida noutros vasos sanguíneos, como por exemplo, veias ou artérias hepáticas, mesentéricas, renais, cerebrais ou retinais, nas utilizadoras de COCs. Não há consenso sobre se a ocorrência destes eventos está associada à utilização de COCs. Os sintomas de eventos tromboticos/tromboembolicos venosos ou arteriais ou de um acidente vascular cerebral podem incluir: dor e/ou edema unilateral nas pernas; dor no peito súbita e forte, com ou sem irradiação para o braço esquerdo; dispnéia súbita; tosse súbita; cefaleias não usuais, fortes ou prolongadas; perda imediata, parcial ou total da visão; diplopia; afasia ou voz arrastada; vertigens; colapso com ou sem convulsões focais; fraqueza ou marcada parestesia de metade do corpo; distúrbios motores; abdómen "agudo". O risco de eventos tromboticos/tromboembolicos venosos ou arteriais ou de acidente vascular cerebral aumentam com: idade; Tabagismo (com hábitos tabágicos graves e o envelhecimento, o risco aumenta ainda mais, especialmente a partir dos 35 anos); Presença de antecedentes familiares (isto é, tromboembolismo arterial ou venoso alguma vez ocorrido num irmão ou nos pais, numa idade relativamente jovem). Se se suspeitar de predisposição hereditária, a mulher deverá recorrer a um especialista para a aconselhar antes de se decidir sobre a utilização de qualquer COC; Obesidade (índice de massa corporal superior a 30 kg/m<sup>2</sup>); Dislipoproteinémia; Hipertensão; Enxaquecas; Doença cardíaca valvular; Fibrilhação auricular; Imobilização prolongada, grande cirurgia, qualquer cirurgia dos membros inferiores, ou grandes traumatismos. Nestas situações, é aconselhável interromper a utilização de COCs (no caso de cirurgia electiva, pelo menos 4 semanas antes) e não recomeçar até 2 semanas após completa recuperação; Não existe nenhum consenso acerca do possível papel das veias varicosas e da tromboflebite superficial na etiologia do tromboembolismo venoso. Deve ser considerado o aumento do risco de tromboembolismo no puerpério (para informações ver "Gravidez e aleitamento"). Há outras situações clínicas que têm estado associadas a problemas circulatórios, tais como diabetes mellitus, lúpus eritematoso sistémico, síndrome urémico hemolítico, doença inflamatória do intestino (doença de Crohn ou colite ulcerosa) e drepanocitose. Um aumento da frequência ou da gravidade de enxaquecas durante a utilização de COCs (que pode ser considerado como um sinal prodromico de um acidente vascular cerebral) pode ser uma razão para a interrupção imediata do uso de COCs. Factores bioquímicos que podem ser indicativos de predisposição hereditária ou adquirida para trombose arterial ou venosa incluem resistência à Proteína C Activada (PCA), hiperhomocisteinémia, deficiência em factor antitrombina-III, deficiência em proteína C, deficiência em proteína S, anticorpos antifosfolípidos (anticorpos anticardiolipina, lúpus anticoagulante). Quando avaliar a relação risco/benefício, o médico deve ter em conta que o tratamento adequado de qualquer destas situações pode reduzir o risco de trombose e que o risco associado à gravidez é maior do que o associado a COCs de baixa dosagem (< 0,05 mg etinilestradiol). **2. Tumores** O factor de risco mais importante para o carcinoma cervical é a infecção persistente com o vírus do papiloma humano (VPH). Alguns estudos epidemiológicos indicaram que o uso prolongado de COCs pode contribuir para este risco aumentado, mas

continua ainda a existir controvérsia sobre até que ponto esta observação é influenciada por factores de confusão, por exemplo, screening cervical e comportamento sexual, incluindo o uso de contraceptivos de barreira. Uma meta-análise de 54 estudos epidemiológicos mostrou que existe um ligeiro aumento do risco relativo (RR = 1,24) de carcinoma de mama diagnosticado em mulheres a utilizar COCs. Este risco adicional desaparece gradualmente durante os 10 anos seguintes à paragem da utilização de COCs. Dado que o carcinoma da mama é raro numa mulher com menos de 40 anos de idade, o número adicional de casos em mulheres a utilizar ou que utilizaram recentemente COCs é reduzido, em comparação com a incidência global. Estes estudos não evidenciam causa. O padrão observado de aumento de risco pode ser devido a um diagnóstico mais precoce de carcinoma da mama nas utilizadoras de COCs, aos efeitos biológicos dos COCs ou uma combinação de ambos. O carcinoma da mama diagnosticado nas mulheres utilizadoras de COCs encontra-se, normalmente, num estágio clinicamente menos avançado do que o diagnosticado nas não utilizadoras. Em casos raros, foram descritos tumores hepáticos benignos e, ainda mais raramente, tumores hepáticos malignos, em utilizadoras de COCs. Em casos isolados, estes tumores têm ocasionado hemorragias intra-abdominais que podem ocasionar risco de vida. Dever-se-á considerar a hipótese de um tumor hepático no diagnóstico diferencial quando ocorre uma dor abdominal intensa na parte superior do abdómen, uma hepatomegália ou sinais de hemorragia intra-abdominal em mulheres a utilizar COCs.

**3. Outras situações** Mulheres com hipertrigliceridémia ou história familiar podem ter um risco aumentado de pancreatite quando utilizam COCs. Embora tenha sido referido um aumento ligeiro nos valores da tensão arterial em muitas das mulheres que utilizam COCs, os aumentos clinicamente relevantes são raros. No entanto, se ocorrer hipertensão persistente, clinicamente significativa, durante a utilização de um COC, é prudente o médico suspender o COC e tratar a hipertensão. Quando for considerado correcto, a utilização de COCs poderá ser retomada desde que se tenha conseguido um valor normal da tensão arterial com uma terapêutica anti-hipertensiva. Foi observada a ocorrência ou agravamento das seguintes situações durante a utilização de COCs ou durante uma gravidez, sem uma evidência concreta da relação causa/efeito com os COCs: icterícia e/ou prurido relacionados com colestase; litíase biliar; porfíria; lúpus eritematoso sistémico; síndrome urémico hemolítico; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda de audição relacionada com otosclerose. As alterações agudas ou crónicas da função hepática podem requerer interrupção da utilização de COCs até que os marcadores da função hepática retomem ao normal. A recorrência de uma icterícia colestática previamente ocorrida durante uma gravidez ou anterior utilização de hormonas esteróides sexuais é um indicativo de que a utilização de COCs deve ser interrompida. Embora os COCs possam ter um efeito sobre a resistência periférica à insulina e a tolerância à glicose, não se provou a necessidade de alterar o regime terapêutico nas mulheres diabéticas que utilizam COCs de baixa dosagem (contendo < 0,05 mg de etinilestradiol). No entanto, uma mulher diabética deve ser cuidadosamente vigiada enquanto tomar COCs. Doença de Crohn e colite ulcerosa têm sido associados à utilização de COCs. Ocasionalmente, poderá surgir cloasma, especialmente em mulheres com antecedentes cloasma gravídico. As mulheres com tendência para cloasma devem evitar a exposição ao sol ou à radiação UV durante a utilização de COCs. **Este medicamento contém lactose.** Doentes com problemas hereditários de intolerância à galactose, deficiência de lactase ou malabsorção de glucose-galactose não devem tomar este medicamento. **Exame / Consulta Médica** Antes de se iniciar ou reiniciar a utilização de COCs, deverá ser feita a história clínica completa e exame médico da mulher, atendendo às contra-indicações (ver "contra-indicações") e às advertências (ver "Advertências"), e deverão ser periodicamente repetidos. Avaliações médicas periódicas são também importantes devido às contra-indicações (por exemplo, um ataque isquémico transitório, etc.) ou factores de risco (por ex., antecedentes familiares de trombose venosa ou arterial) que podem surgir pela primeira vez durante a utilização de COCs. A frequência e a natureza destes exames devem ser baseadas numa prática clínica correcta e adaptadas de forma individual e devem, geralmente, incluir especial referência à tensão arterial, mamas, abdómen e órgãos pélvicos, incluindo a citologia cervical. As mulheres deverão ser informadas de que os contraceptivos orais não protegem contra as infecções por VIH (SIDA) e outras doenças sexualmente transmitidas.

**Redução da eficácia** A eficácia dos COCs pode diminuir em caso de, por exemplo, esquecimento da toma de comprimido ("O que fazer quando houver esquecimento dos comprimidos"), perturbações gastrointestinais (ver "Conselhos em caso de perturbações gastrointestinais") ou devido a medicação concomitante (ver "Interações"). **Redução do controlo do ciclo** Com todos os COCs podem ocorrer perdas hemorrágicas irregulares (spotting ou hemorragias intraciclicas), especialmente durante os primeiros meses de utilização. Por isso, a avaliação de qualquer hemorragia irregular apenas faz sentido após um intervalo de adaptação de cerca de três ciclos. Se as hemorragias irregulares persistirem ou ocorrerem após ciclos regulares, deverão ser consideradas as causas não hormonais e tomadas as medidas necessárias para excluir uma neoplasia ou gravidez. Estas medidas poderão incluir curetagem. Em algumas mulheres, a hemorragia de privação poderá não ocorrer durante o intervalo sem comprimidos. Se o COC tiver sido tomado de acordo com a "Posologia e modo de administração", é pouco provável que a mulher esteja grávida. No entanto, se o COC não tiver sido tomado de acordo com aquelas instruções antes da primeira hemorragia de privação em falta ou se ocorrerem duas faltas de hemorragia de privação, dever-se-á averiguar se há gravidez antes de continuar a utilizar de COCs.

**Interações medicamentosas e outras formas de interação** **Interações** As interações entre contraceptivos orais e outros medicamentos podem originar hemorragias intraciclicas e/ou falência de contracepção. Foram descritas na literatura as seguintes interações: Metabolismo hepático: Podem ocorrer interações com medicamentos indutores das enzimas microssomais, o que pode resultar numa depuração aumentada de hormonas sexuais (por exemplo, fenitoína, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, rifabutina e possivelmente também a oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos medicinais contendo erva de S. João (*Hypericum perforatum*). Interferência com a Circulação Enterohepática: Alguns estudos clínicos sugerem que a circulação enterohepática de estrogénios pode diminuir quando são administrados certos agentes antibióticos, que podem reduzir as concentrações de etinilestradiol (por exemplo, penicilinas e tetraciclina). As mulheres em tratamento com qualquer um destes fármacos deverão usar, temporariamente, um método de barreira, além do COC, ou escolher outro método de contracepção. Durante o tempo de uso concomitante com fármacos indutores das enzimas microssomais hepáticas e até 28 dias após a sua suspensão, deverá ser usado um método de barreira. As mulheres em tratamento com antibióticos (excepto rifampicina e griseofulvina) deverão usar um método de barreira até 7 dias após a sua descontinuação. Se o período, durante o qual é usado um método de barreira, se prolongar para além do fim dos comprimidos na embalagem do COC, a embalagem seguinte deverá ser iniciada sem o intervalo habitual sem comprimidos. Os contraceptivos orais podem interferir com o metabolismo de outros fármacos. Desta forma, concentrações plasmáticas e tissulares podem ser afectadas (por exemplo, ciclosporina). Nota: Deve-se consultar a informação de prescrição da medicação concomitante de forma a identificar potenciais interações. **Testes laboratoriais** A utilização de contraceptivos esteróides pode influenciar as concentrações de certos parâmetros laboratoriais, incluindo os parâmetros bioquímicos das funções hepáticas, tiroideia, supra-renal e renal, os valores plasmáticos das proteínas de transporte, por exemplo, globulinas de ligação aos corticóides e fracções lipídicas/lipoproteicas, os parâmetros do metabolismo dos hidratos de carbono e os parâmetros de coagulação e fibrinólise. Em geral, as alterações verificadas mantêm-se dentro dos valores normais. Mercilon **não está indicado durante a gravidez.** Se ocorrer gravidez durante a utilização de Mercilon, deve-se parar imediatamente a toma. No entanto, estudos epidemiológicos alargados mostraram não haver um aumento de risco de malformação do feto em mulheres que tomaram COCs antes de engravidar, nem de efeitos teratogénicos no caso de um COC ter sido inadvertidamente tomado no início de uma gravidez. Os COCs podem alterar a quantidade e alterar a composição do leite materno. Portanto, o uso de COCs não deve, em geral, ser recomendado antes do total desmame do lactente. O leite materno pode conter pequenas quantidades de esteróides contraceptivos e/ou dos seus metabolitos, mas não há conhecimento de que tenham efeitos indesejáveis sobre a saúde do recém-nascido. Os **efeitos indesejáveis** mais graves associados ao uso de COCs estão listados nas "Advertências". Outros efeitos indesejáveis que foram reportados em utilizadoras de COCs, mas para os quais a associação não tem sido nem confirmada nem refutada, são:

Classe de Sistema de Órgãos	Frequentes/ Pouco frequentes (>1/1000)	Raros (<1/1000)
Aleções oculares		Intolerância ao uso de lentes de contacto
Perturbações gastrointestinais	Náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia	
Perturbações do sistema imunitário		Hipersensibilidade
Perturbações do metabolismo e da nutrição	Aumento de peso, retenção de líquidos	Perda de peso
Perturbações do sistema nervoso	Cefaleia, enxaqueca, diminuição da libido, estado depressivo, alteração do humor	Aumento da libido
Perturbações dos órgãos genitais e da mama	Mastodinia, tensão mamária, hipertrofia da mama	Leucorreia, secreção mamária
Aleções dos tecidos cutâneos e subcutâneos	Rash, urticária	Eritema nodoso, eritema multiforme

<sup>1</sup> Estão listados os termos MedDRA (versão 6.1) mais correctos para descrever um certo número de efeitos indesejáveis que são referidos. Não são listados sinónimos ou situações relacionadas, mas que devem também ser tidas em conta. **Lista dos excipientes** Amido de batata, povidona, ácido esteárico, sílica coloidal anidra, alfa-tocoferol e lactose monohidratada

**Titular da AIM:** Organon Portuguesa, Lda., Av. José Malhoa, 16B - 2º 1070-159 Lisboa **Texto revisto em Abril/2007**

**IVA 5% incluído** **Medicamento sujeito a receita médica**

Produto	Apresentação	PVP	Regime Normal		
			Estado	Utente	Part
Mercilon	1x21 Comp	5,12€	3,53€	1,59€	69%
Mercilon	3x21 Comp	11,86€	8,15€	3,69€	69%





20µg EE / 3mg drospirenona

com um pouco de líquido, pela ordem indicada no rótulo. Durante este tempo, não se deve fumar...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

Se não houver melhora na outra medicação, consulte o médico. O Yasminele deve ser usado por um período de 21 dias consecutivos...

5.1.5. Efeitos sobre a capacidade de conduzir e utilizar máquinas. Não foram realizados estudos sobre os efeitos na capacidade de conduzir e utilizar máquinas...

Table with 3 columns: Classes de sintomas de efeitos adversos, Frequência de Reações Adversas, and specific adverse effects like Candidíase, Herpes simples, etc.

O nome Yasminele, mais apropriado e utilizado para descrever uma determinação específica e os seus ingredientes e condições relacionadas. Foram realizados estudos de eficácia e segurança em mulheres com síndrome pré-menstrual...

# Folhas Informativas sobre Saúde Reprodutiva e Desenvolvimento



Saúde Reprodutiva e Desenvolvimento dá o nome a uma colecção de folhas informativas da APF cuja edição teve início em Julho de 2006. Trata-se de um conjunto de publicações que se debruçam sobre temas associados aos Direitos Sexuais e Reprodutivos e Desenvolvimento, incluindo questões do Género, VIH/SIDA, pobreza, migrações e outros.

Integrando um projecto de advocacy com a IPPF-EN com o objectivo de contribuir para a inclusão destas temáticas nas agendas oficiais do Ano Europeu para a Igualdade e Presidência Portuguesa da União Europeia (2º semestre de 2007), estas publicações constituem um importante instrumento para a defesa, promoção e inclusão da Saúde Sexual e Reprodutiva no Plano Nacional para a Igualdade e Plano Nacional de Luta Contra a Sida.

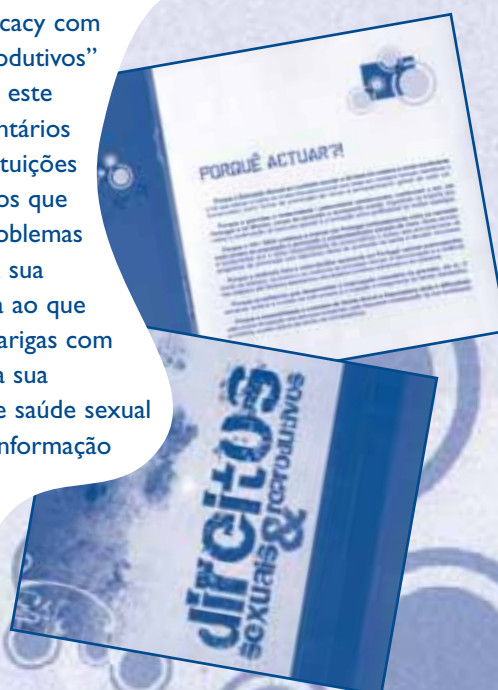


## Títulos entretanto publicados:

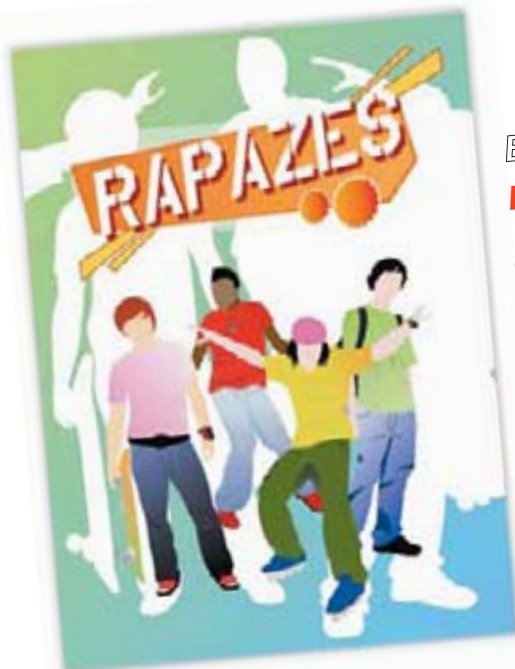
- Saúde Reprodutiva e Desenvolvimento
- Saúde Sexual e Reprodutiva e VIH/SIDA: Uma questão de compromisso e de desenvolvimento
- Mulheres, Saúde Sexual e Reprodutiva e Pobreza: Os compromissos das ODM
- VIH/SIDA e a Mulher: Crise Global – Acção global
- Migrações Internacionais: Género e Saúde Sexual e Reprodutiva
- Famílias: Direitos Humanos, Género e Saúde Sexual e Reprodutiva
- Jovens, Saúde Sexual e Reprodutiva e Desenvolvimento: Janela de Oportunidades ou Quebra de Compromisso com a Humanidade
- Deficiências: Direitos Humanos e Saúde Sexual e Reprodutiva

## Folheto Direitos Sexuais & Reprodutivos

Resultado final da Oficina de Formação “Advocacy com Jovens sobre Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos” realizada em Setembro de 2005, foi produzido este material, elaborado pelo grupo de jovens voluntários e voluntárias da APF e também de outras instituições participantes nesta oficina. Partindo dos direitos que a todos assistem e identificados alguns dos problemas que afectam a população jovem em termos da sua saúde sexual e reprodutiva, este material apela ao que é necessário fazer – empoderar rapazes e raparigas com informação sobre os seus direitos, promover a sua participação política e social nos programas de saúde sexual e reprodutiva que lhes são dirigidos, divulgar informação e recursos de Saúde Sexual e Reprodutiva que possam prevenir o isolamento, a solidão, os comportamentos de risco e a tomada de decisões precipitadas, bem como acabar com as falsas crenças e conhecimentos errados que constituem sérios obstáculos ao seu pleno desenvolvimento.



# ÚLTIMAS EDIÇÕES



Brochura

## Rapazes

O corpo e as suas transformações, as emoções, o início da actividade sexual, a contracepção e tantas outras questões que surgem e se colocam no momento da puberdade e da adolescência, constituem os temas da brochura *Rapazes*, recentemente actualizada e reeditada.

Brochura

## Questões sobre a Gravidez

3ª edição revista e actualizada da brochura informativa sobre diversas questões relacionadas com a pré-concepção, gravidez, dificuldades em engravidar, cuidados pré e pós parto e leis de protecção da gravidez, maternidade e paternidade.



Brochura

## A APF

Com um novo arranjo gráfico, também a brochura institucional sobre a APF conheceu uma nova edição – o que é a APF, objectivos, áreas de intervenção e contributos para a mudança constituem os pontos essenciais deste material de carácter informativo.





Bayer HealthCare  
Bayer Schering Pharma



# Yasminelle®

20 µg EE / 3 mg drospirenona

A pílula de 20 µg EE  
com Drospirenona

