

3 de junho de 2014

<http://justnews.pt/noticias/portugal-e-um-pais-moderno-com-todos-os-metodos-de-contracao-disponiveis>



“Portugal é um país moderno, com todos os métodos de contraceção disponíveis”

Teresa Bombas, secretária-geral da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC) e secretária-geral assistente da Sociedade Europeia de Contraceção e Saúde Reprodutiva (ESC), foi a presidente do 13.º Congresso da ESC, que decorreu em Lisboa, entre os dias 28 e 31 de maio. Em entrevista, a especialista em Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), fala sobre o seu percurso profissional, assim como, entre outras matérias, das principais evoluções registadas na área da saúde reprodutiva e sexual em Portugal. Segundo a médica, “Portugal é um país moderno”, que coloca à disposição todos os métodos de contraceção existentes.

Women’s Medicine (WM) – Em que momento da sua vida sentiu que queria ser médica?

Teresa Bombas (TB) – Penso que sempre quis ser médica. Não sei bem porquê, mas julgo que está relacionado com a vontade de trabalhar em comunidade.

WM – Conte-nos um pouco do seu percurso profissional.

TB – Fiz o curso de Medicina na Faculdade de Medicina de Lisboa e a especialidade de Ginecologia e Obstetrícia no Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, no atual Centro Hospitalar de Coimbra. Iniciei a especialidade, em 1993, pela Ginecologia e, em 1995, vim para a Obstetrícia. O primeiro impacto não foi muito bom. A Obstetrícia era muito diferente e não gostei muito dos primeiros meses. Cheguei até a pensar mudar de especialidade. Mas, com o tempo, percebi que esta especialidade tem coisas muito interessantes.

É stressante em muitos minutos, mas é uma mais-valia todos os dias. Tem pouca rotina. Para mim, foi claro que esta era a minha opção. Terminei a especialidade em 2000 e desde então trabalho no Serviço de Obstetrícia.

WM – Entretanto, também fez o mestrado...

TB – Fiz o mestrado em Saúde Sexual e Reprodutiva da Fundação Espanhola de Contraceção e Faculdade de Medicina da Universidade Alcalá de Henares.

WM – Quando é que a SPDC surgiu na sua vida?

TB – A SPDC foi um dos projetos mais recentes na minha vida, que surgiu na sequência da minha entrada para a ESC, e foi também um desafio dos nossos colegas espanhóis da CIC (Confederação Ibero-Americana de Contraceção), onde Portugal não tinha representação. O primeiro board de Portugal na ESC foi o Prof. Doutor Agostinho Almeida Santos. Seguiu-se depois a Dr.ª Teresa Sousa Fernandes e o Dr. David Rebelo. Neste contexto, desde sempre, e porque trabalhava com a Dr.ª Teresa Sousa Fernandes, fiquei ligada ao planeamento familiar, tendo sucedido ao Dr. David Rebelo na ESC. A existência de uma sociedade de contraceção em Portugal começou a ser uma necessidade. A área da Contraceção é trabalhada pela Sociedade Portuguesa de Ginecologia.

À semelhança do que aconteceu noutros países da Europa, que foram criando sociedades mais especificamente ligadas à contraceção, Portugal também acompanhou esse progresso.

Por outro lado, porque o planeamento familiar se modernizou, ganhou um campo em termos científicos e, portanto, fazia algum sentido que se criasse uma sociedade nesta área.

WM – É membro da Direção da SPDC desde o início?

TB – É o segundo mandato desta Direção, sendo que ocupamos todos o mesmo cargo desde o início. Nós fomos os sócios fundadores e que, de alguma forma, temos dinamizado esta sociedade, mas foi uma questão de oportunidade, porque representamos um grande número de colegas que está no anonimato, mas que trabalhou desde cedo e muito para o planeamento familiar em Portugal.

WM – Que diferenças regista na prática clínica em Ginecologia/Obstetrícia nas últimas décadas?

TB – Quando era interna da especialidade, nos anos 90, a Obstetrícia era completamente diferente, sobretudo porque não havia a Medicina Materno-Fetal, consistindo, sobretudo, em seguir a gravidez e o nascimento, e hoje em dia é muito mais do que isso. A Medicina Fetal ganhou espaço, as mulheres doentes passaram a engravidar e a Obstetrícia ganhou outra dimensão.

Por outro lado, o resultado da articulação entre a Obstetrícia e os cuidados de saúde primários (CSP), implementou-se a assistência pré-natal e o parto começou a ser feito em meio hospitalar, o que representou uma mudança brutal no decréscimo da mortalidade (materna e fetal). A relação médico-doente também mudou substancialmente, na medida em que, atualmente, a população está mais informada e, neste aspeto, a Obstetrícia é privilegiada.

No âmbito do planeamento familiar, a mudança é abismal, porque passámos de uma geração que tinha o primeiro contacto com o método contraceptivo após o nascimento do primeiro filho, em que a natalidade era muito superior à que se verifica atualmente e as mulheres tinham o número de filhos que acontecia, para uma geração em que o contacto com o primeiro método de contraceção acontece muito antes de as mulheres iniciarem a atividade sexual, passam a maior parte da sua vida fértil a evitar uma gravidez, têm menos filhos e escolhem a melhor ocasião para os ter. Apesar de tudo, Portugal era muito moderno na época. Prova disso é que a introdução da primeira pílula na Europa aconteceu simultaneamente em Portugal e nos outros países europeus.

Atualmente, no âmbito da saúde reprodutiva e do planeamento familiar, Portugal está ao nível do que acontece nos outros países da Europa e com a vantagem de assegurar maior acessibilidade. Entre nós, o planeamento familiar assenta nos CSP, o que não acontece noutros países.

WM – O que representou a disponibilização da interrupção da gravidez, em 2007?

TB – Representou um passo importante na diminuição da morbilidade e mortalidade relacionada com o aborto clandestino e há mais uma oportunidade de promoção do uso de contraceção. Hoje em dia, em Portugal, o número de mortes por aborto é perfeitamente vestigial.

WM – Qual a realidade da contraceção em Portugal?

TB – Portugal é um país moderno, com todos os métodos de contraceção disponíveis. A nossa população lida bem com o facto de usar o método de contraceção e vai buscar à contraceção hormonal (a mais frequente na população portuguesa) outras vantagens, como menstruar pouco, sem dores, de forma previsível e prevenir a acne. Temos índices de utilização de métodos contraceptivos bons e ao nível dos outros países modernos. Falta-nos otimizar a utilização. O método que se utiliza mais em Portugal é a pílula. Apesar de ser seguro, sabemos que é o que falha mais, porque a adesão nem sempre é a mais adequada.

Reconhecemos é que há boas, mas há más utilizadoras de pílulas que com um bom aconselhamento poderiam tornar-se boas utilizadoras de outros métodos de contraceção. Falta-nos esse passo de qualidade da individualização da escolha de um melhor método. Além disso, os métodos de contraceção (pílula, anel, implante e contraceção intrauterina) são gratuitos nos CSP.



WM – Ainda há algumas controvérsias no que diz respeito aos riscos da contraceção hormonal, nomeadamente de tromboembolismo venoso e risco oncológico. Esses riscos são reais?

TB – Não diria que são controvérsias. Nós aceitamos e está cientificamente comprovado que a contraceção hormonal combinada tem um impacto tromboembólico. Ora, não é um método elegível para mulheres com fatores de risco tromboembólicos. Além disso, como acontece com todos os medicamentos, não é isento de efeitos secundários. Por este motivo, temos de escolher bem as utentes e não considerar a contraceção hormonal um método universal. Há mulheres que não devem utilizar a pílula por riscos individuais, sendo elegíveis para outros métodos de contraceção, nomeadamente sem estrogéneos.

Quanto ao risco oncológico, a situação é diferente. Durante algum tempo, houve alguma controvérsia relativamente ao cancro de mama. Hoje em dia, é aceite que as mulheres utilizadoras de contraceção hormonal não têm maior risco oncológico, desde que façam uma vigilância, tal como as outras mulheres. Aceitamos o efeito protetor da contraceção hormonal combinada no cancro do ovário, do endométrio e do cólon.

WM – Resumindo, quais devem ser os fatores a ter em conta na escolha de um método contracetivo?

TB – Em primeiro lugar, a opção e as expectativas da utente. Depois, uma boa história clínica descarta a maior parte dos fatores de risco individuais.

WM – A taxa de gravidez na adolescência continua elevada? Qual a situação comparativamente com os outros países da União Europeia?

TB – A taxa tem vindo a decrescer sucessivamente, mas continua elevada, quando comparada com outros países da Europa. No entanto, quando falamos de taxa de gravidez, estamos a referir-nos a mulheres que têm filhos na adolescência. Obviamente que há países que têm poucos filhos nesta faixa etária, mas têm taxas de abortamento muito elevadas, o que não acontece em Portugal, uma vez que, no último ano, também houve um decréscimo no número de interrupções de gravidez na adolescência.

O que considero preocupante é que ainda temos muitas grávidas cujo projeto de vida é engravidar durante a adolescência. Isso é um indicador de pobreza, na medida em que significa que não existem projetos profissionais. Frequentemente, o abandono escolar está presente. Por outro lado, temos comunidades muito específicas em Portugal, como os africanos e a comunidade cigana, em que, embora já não tanto, mas ainda por tradição, a gravidez pode acontecer em idades muito jovens. Neste sentido, considero que devemos continuar a trabalhar o problema da gravidez na adolescência, devendo ser promovida a educação sexual, mas não devemos esquecer que este problema está muito dependente da melhoria das condições socioeconómicas da população portuguesa.

WM – Qual a realidade portuguesa relativamente à educação sexual nas escolas?

TB – Portugal tem sido interventivo nesta área, entre outros países da Europa. A nossa legislação recomenda que haja educação para a saúde nas escolas. A escola deve-se adaptar à sua realidade local e deve trabalhar as áreas de educação/promoção da saúde que considera problemáticas (distúrbios alimentares, área das doenças de transmissão sexual, gravidez na adolescência, planeamento familiar, tabagismo, prevenção dos comportamentos aditivos, entre outras). Este projeto está longe de correr bem, mas se compararmos com anos anteriores a percebemos que as coisas se modificaram substancialmente.

Há uns anos, a educação sexual era o último capítulo dos conteúdos letivos do 9.º ano e, neste momento, é o segundo. Temos bons alicerces para podermos ir muito longe. Os profissionais de saúde têm noção de que a educação sexual é a base da promoção de uma sexualidade segura. E não me refiro apenas aos médicos, mas a todas as profissionais que trabalham nesta área (ginecologistas, especialistas de MGF, enfermeiros e professores, entre outros). Além disso, acho que também tem começado a haver uma maior sensibilização por parte dos farmacêuticos, porque há muitos contraceptivos de venda livre, inclusivamente a contraceção de emergência e, portanto, o farmacêutico pode ser a primeira face de ligação do utente aos cuidados de saúde.

WM – Como perspectiva o futuro da saúde reprodutiva e sexual em Portugal?

TB – Sou otimista por natureza e, portanto, não penso que a situação vá piorar. Julgo que vamos continuar com algumas dificuldades, considerando a conjuntura económica, mas, felizmente, trabalhar a saúde sexual e reprodutiva em Portugal também significa não desistir. Por outro lado, a população ganhou informação, reconhece os seus direitos e, portanto, não me parece haver espaço para recuo. O direito à saúde está contemplado na nossa nova Constituição.

**WOMEN'S
MEDICINE**

Entrevista publicada na edição de abril da Women`s Medicine.