

Avaliação da sensibilidade médica para o risco de gravidez não planeada

Evaluation of physicians' sensibility for the risk of unplanned pregnancy

AUTORES

Vera Nobre Ramos^{1,2}, Ana Rodrigues³, Silvia Sousa⁴, Teresa Bombas⁵, Paulo Moura^{6,7}

1. Interna de Ginecologia e Obstetrícia. Serviço de Obstetrícia A. Maternidade Dr. Daniel de Matos. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal

2. Assistente Convidada. Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra

3. Assistente Hospitalar. Serviço de Obstetrícia A. Maternidade Dr. Daniel de Matos. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal

4. Assistente Hospitalar. Serviço de Obstetrícia B. Maternidade Bissaya Barreto. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal

5. Assistente Hospitalar. Serviço de Obstetrícia A. Maternidade Dr. Daniel de Matos. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal

6. Diretor de Serviço. Serviço de Obstetrícia A. Maternidade Dr. Daniel de Matos. Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. Coimbra. Portugal

7. Professor Associado. Faculdade de Medicina na Universidade de Coimbra

Correspondência: Rua São Teotónio, Lote 3, 5º B 3000-377 Coimbra

Email: vera_b_ramos@hotmail.com

RESUMO: O presente estudo pretendeu avaliar a sensibilidade médica para o aconselhamento contraceutivo na introdução de novas terapêuticas e em doentes crónicas / polimedicadas. Foi realizado um inquérito dirigido a médicos com atendimento de mulheres em idade fértil. Foram analisadas as diferenças na opinião médica considerando: idade, sexo, especialidades médicas/cirúrgicas e anos de prática clínica. Questionaram sobre o método de contraceção, na introdução de novas terapêuticas, sempre 16,6% dos inquiridos, quase sempre 28,7% e às vezes 44,8%. Destes 62% não forneceram informação completa sobre contraceção nem referenciaram a consulta de planeamento familiar. Quando a gravidez é contraindicada 38,7% informaram sobre um método seguro. Não tiveram ações de atualização sobre contraceção no último ano 89,5% dos inquiridos. Diferentes fármacos têm sido implicados numa potencial diminuição do efeito dos contraceptivos hormonais orais. A preocupação com o método contraceutivo na introdução de novas terapêuticas foi nula ou inconsistente na maioria dos inquiridos, e daqueles que demonstraram alguma sensibilidade para esta questão a maioria não fornecia informação completa sobre contraceção nem referenciava de forma sistemática. Apesar dos inquiridos não terem formação atual e mencionarem desconhecimento dos recursos existentes muitos são os que efetuaram o que consideram ser um "aconselhamento contraceutivo". Apesar do atendimento de utentes em idade fértil as dificuldades por via das interações medicamentosas não são abordadas de modo constante por parte dos clínicos. Há evidência de um parco conhecimento dos recursos existentes com limitação no aconselhamento contraceutivo efetivo.

ABSTRACT: In Portugal, about 94% of sexually active women who don't want to become pregnant, use a

contraceptive method. From these, oral hormonal contraceptives are the most used. Despite this, unplanned pregnancies are a reality. The current study aimed to evaluate physicians' sensibility to contraceptive counselling on the introduction of new therapies in women with underlying medical conditions and in polymedicated ones. It was a survey study with ten closed-ended questions. Physicians who care for women of reproductive age in a tertiary referral centre (n= 181). It was conducted an opinion survey among physicians who care for women of childbearing age. The differences in medical opinion considering age, sex, medical / surgical specialties and years of clinical practice were analyzed. In the introduction of new therapies, asked about the contraceptive method in use: always 16,6% (n=30) of respondents, nearly always 28,7% (n=52) and sometimes 44,8% (n=81). From these, 62% (n=101) neither provided complete information nor remitted to family planning appointments. When pregnancy was contraindicated 38,7% (n=70) informed about a safe method. About 89,5% (n=162) of the respondents didn't attended updates on contraception in the last year. Even though 64,6% (n= 117) considered it useful taking into account clinical practise. The respondents had poor knowledge about the resources in family planning, 79% (n=118). The female doctor showed a greater information about family planning topics (p=0,001). The younger physicians (<35 years old) and those with few years of clinical practise (<8 years) referred more constantly the importance of professional qualification on family planning (p=0,034; p=0,034). Despite the care of women in childbearing age the issues on drug interactions haven't been addressed constantly. There is evidence of a poor knowledge of the respondents of existing resources which limits an effective contraceptive counselling.

Palavras-chave: falha contracetiva, interações medicamentosas & contraceção hormonal oral

Keywords: Contraception; Hormonal Oral Contraceptive Agents; Drug Interactions; Family Planning

INTRODUÇÃO

A generalidade da população portuguesa em idade reprodutiva usa métodos considerados eficazes e seguros na prevenção de uma gravidez. Segundo o 4º Inquérito Nacional de Saúde cerca de 85,1% das mulheres residentes em Portugal, com idades compreendidas entre os 15 e os 55 anos, utilizavam algum método contraceutivo. Entre os 20 e os 34 anos a proporção de utilizadoras de contraceção excedia os 91%. A contraceção hormonal oral foi o método mais usado, com taxa de utilização global de 65,6%, com uso particularmente elevado entre os 20 e os 29 anos, atingindo 86,9% e 80,2% de utilizadoras nos grupos etários entre os 20-24 anos e os 25-29 anos, respetivamente.¹ À semelhança de outros países desenvolvidos, a contraceção hormonal oral ocupa, então, um lugar de primazia no espectro contraceutivo nacional, podendo ser usada com segurança em mulheres que pretendam um método reversível, independente do coito e seguro, aliando a estas características benefícios não contraceutivos. Em Portugal estão reunidas as condições para o fornecimento gratuito de métodos contraceutivos com fácil acessibilidade a consultas de Planeamento Familiar (PF) estando estas isentas de taxas moderadoras.² De destacar, no entanto, que 22,9% das mulheres utilizadoras de contraceção não frequentavam consultas de Planeamento Familiar (PF), sobretudo notado nos extremos da idade reprodutiva, 26,2% entre os 15 e os 19 anos e 29,7% entre os 45 e os 49 anos.¹ Apesar do amplo uso de métodos anticonceutivos, estima-se que, a nível mundial, cerca de 40% das gestações sejam não planeadas, esta percentagem é menor para os países desenvolvidos, calculando-se para estes uma proporção de uma em cada cinco gestações.^{3,4,5} Em Portugal, em 2014, efetuaram-se 16039 interrupções de gravidez (IG) por opção da mulher nas primeiras 10 semanas, e 104 IG como único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde

física ou psíquica da mulher grávida ou se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez. Cerca de 64% das IG foram efetuadas em mulheres entre os 20 e os 34 anos. Pondo em paralelo os dados supra apresentados entende-se que os grupos mais utilizadores de contraceção são também aqueles em que a gravidez não planeada / desejada e consequente percentagem de IG são mais elevadas.⁶ A falha contraceutiva contribui para uma proporção significativa de gestações não planeadas.^{7,8} A prevenção da gravidez não planeada, bem como a divulgação e acessibilidade aos métodos de contraceção, devem ser asseguradas e promovidas no âmbito da Saúde Reprodutiva, particularmente nas mulheres portadoras de doenças crónicas e muitas vezes polimedicadas. Nestes grupos uma gravidez não programada pode condicionar o prognóstico obstétrico com possibilidade de ocorrência de complicações maternas e/ou fetais.⁹ A escolha do método deve ser orientada em Consulta de PF por um profissional com conhecimentos atualizados e de acordo com os critérios de elegibilidade para o uso de contraceção das Sociedades Nacionais e Organização Mundial de Saúde.^{10,11} O presente trabalho foi realizado com o objetivo principal de avaliar a sensibilidade médica no que respeita ao risco de gravidez não planeada e interações medicamentosas e ao aconselhamento contraceutivo em mulheres portadoras de doenças crónicas. Como objetivos secundários procurou-se analisar os conhecimentos dos médicos em contraceção, referência para consulta de Planeamento Familiar e motivação para formação nesta área.

MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se um estudo de opinião, operacionalizado através da realização de um inquérito anónimo dirigido a médicos especialistas e internos de

especialidades hospitalares médicas ou cirúrgicas num hospital de referência. Os profissionais, convidados a colaborar voluntariamente no estudo, exerciam atividade assistencial em Consulta Externa com acompanhamento de doentes do sexo feminino em idade fértil. A distribuição dos inquéritos foi realizada entre 3 e 31 de outubro de 2010, em envelope fechado e presencialmente nos gabinetes médicos dos Serviços abaixo mencionados. Os autores apresentaram de forma sumária os objetivos do estudo aos participantes. O questionário era composto por 10 perguntas de resposta fechada divididas em duas partes. A primeira focando a caracterização da população médica inquirida 'sexo', 'grupo etário', 'especialidade', 'anos de prática clínica'. A segunda parte pretendia avaliar aspetos relacionados com a sensibilidade médica para o risco de gravidez não planeada, contra indicação à gravidez e aconselhamento reprodutivo considerando o último ano de prática clínica através das perguntas: 'Questiona sobre o método de contraceção em uso quando introduz novas terapêuticas numa doente em idade fértil', 'Se resposta afirmativa, facultar informação sobre contraceção ou referencia as doentes para consulta de PF', 'Como procede no caso de contraindicação à gravidez na doença crónica', 'Frequentou alguma formação sobre aconselhamento contracetivo', 'Julga úteis ações de atualização sobre esse tema considerando a sua prática clínica', 'Tem conhecimento dos recursos existentes no âmbito do PF'. Foram incluídas as seguintes especialidades: Infeciologia, Medicina Interna, Psiquiatria, Reumatologia, Nefrologia, Cardiologia, Gastroenterologia, Neurologia, Hematologia, Endocrinologia, Pneumologia, Ortopedia e Cirurgia Geral. Os autores estudaram as diferenças na opinião médica considerando as variáveis sexo (feminino vs. masculino), idade (<35 anos vs. ≥35 anos), especialidades (médicas vs. cirúrgicas) e anos de prática clínica (<8 anos vs. ≥8 anos). A análise estatística foi efetuada com recurso ao *SPSS Statistics 19.0* ® com utilização do teste de *Mann-Whitney U*.

Um valor de *p* inferior a 0,05 foi considerado estatisticamente significativo.

RESULTADOS

Aceitaram de modo voluntário participar no estudo 181 médicos (*n*=181). Dos inquiridos, 58% tinham idade inferior a 35 anos e 55,2% eram do sexo feminino. As especialidades com maior número de respostas foram a Medicina Interna (34; 18,8%) e a Cirurgia Geral (46; 12,2%). Considerando a atividade assistencial 54,1% dos médicos tinha prática clínica inferior a 8 anos, compreendendo este grupo clínicos em formação pós graduada e recém especialistas. A caracterização da população médica inquirida está sumariada na **Tabela 1**. Aquando da introdução de novas terapêuticas 44,8% dos inquiridos apresentaram uma preocupação irregular sobre o método de contraceção em uso e 9,9% afirmaram nunca inquirir sobre o método de contraceção. Dos médicos que mostraram algum grau de preocupação com o método de contraceção em uso (*n*=163), 28,2% facultaram informação sobre contraceção sem referenciação e 9,8% referenciaram sempre. Todavia, 33,1% dos inquiridos mantiveram o método sem prestação de informação adicional à doente no espectro contracetivo e 28,9% não efetuaram aconselhamento referenciando para consulta de PF de forma inconstante. Na presença de doença crónica com contraindicação absoluta à gravidez, 40,8% dos inquiridos orientaram para consulta de PF e 38,7% forneceram informação concreta sobre um método contracetivo seguro e adequado à patologia subjacente; contudo 7,2% dos inquiridos não apresentaram uma preocupação efetiva com a contraceção e 13,3% aconselharam um método de contraceção pouco seguro "apenas cuidado". A maioria da população inquirida não frequentou ações de formação sobre contraceção (89,5%). Consideram úteis ações de atualização em aconselhamento contracetivo 64,6% dos inquiridos. Não têm conhecimento sobre os recursos existentes no âmbito

do PF 13,9% dos inquiridos e 65,2% referem apenas algumas noções (**Tabela 2**). As respostas ao questionário foram na sua maioria homogêneas considerando as variáveis sexo, idade, especialidades médicas ou cirúrgicas e anos de prática clínica, sendo observadas apenas diferenças pontuais. Considerando o género as mulheres inquiridas participaram de forma mais regular em ações de formação sobre contraceção ($p=0,029$) e mencionaram maior conhecimento dos recursos existentes na área do planeamento familiar ($p=0,001$). São os médicos mais jovens (<34 anos vs. ≥ 35 anos) que julgam mais útil a introdução de temas de contraceção nas suas ações de formação ($p=0,034$) (**Tabela 3**). Os inquiridos de especialidades médicas questionaram de forma mais sistemática sobre o método de contraceção na mulher em idade fértil ($p=0,046$), referiram maior assistência de ações sobre contraceção ($p=0,024$) e atribuem-lhe maior utilidade tendo em conta a atividade ($p<0,001$). Considerando os anos de prática clínica, os médicos em formação ou recém especialistas (prática clínica <8 anos) referem uma maior participação em formações sobre contraceção ($p=0,022$) e são estes também que as mais julgam úteis tendo em conta a sua atividade assistencial ($p=0,034$) (**Tabela 4**).

DISCUSSÃO

A escolha de uma método de contraceção em mulheres com doença crónica deve respeitar as regras básicas do aconselhamento contracetivo ponderando as expectativas e opção da mulher, as indicações e os riscos inerentes à sua doença e eventuais interações medicamentosas. Otimizar a acessibilidade a uma consulta de PF contribui para uma melhoria da Saúde Reprodutiva e para a diminuição do risco de uma gravidez não planeada e recurso à interrupção de gravidez. O médico assistente tem um papel facilitador quer na sensibilização da doente para a importância da escolha adequada de um método quer na correta e atempada referenciação. A contraceção hormonal oral

constitui o método preferido das portuguesas.¹ Os seus riscos estão bem estabelecidos e as interações medicamentosas são apontadas como fator contribuidor para a falha contracetiva.¹² Daqui se infere o interesse da sensibilização dos clínicos que lidam com mulheres em idade fértil para a importância do correto aconselhamento e referenciação para PF na introdução de novas terapêuticas e na existência de doença crónica. Grupos particulares de fármacos como anticonvulsivantes, antibióticos, antirretrovirais, entre outros, têm sido estudados pelo seu potencial efeito na diminuição da eficácia dos contracetivos hormonais orais. Os anticonvulsivantes são utilizados no tratamento da epilepsia, com uso crescente em doenças psiquiátricas, dor neuropática, enxaqueca, entre outras. Alguns destes fármacos são indutores enzimáticos da citocromo P450 3A4, aceleram o metabolismo dos contracetivos hormonais, com redução dos níveis hormonais circulantes, levando à diminuição da eficácia contracetiva e em última análise ao risco de uma gravidez não planeada. São exemplos a carbamazepina, felbamato, lamotrigina, rufinamida, oxcarbazepina, fenobarbital, fenitoína, primidona, e topiramato em doses superiores a 200mg/dia.^{13,14,14} Mais se acrescenta que o fenobarbital, a fenitoína e a carbamazepina mostraram aumentar os níveis de globulina transportadora de hormonas sexuais (SHBG) circulante com diminuição da forma livre e biologicamente ativa dos níveis hormonais. Este efeito pode também concorrer para a falha contracetiva.¹⁵ A contraceção com desogestrel oral pode também ser afetada pelos anti convulsivante.^{13,16} A evidência atual, contudo, não apoia a interação sistemática entre os antibióticos e os contracetivos hormonais, com exceção da rifampicina, um potente indutor enzimático da citocromo P450.^{17,18} Estudos farmacocinéticos realizados não mostraram efeito de alguns antibióticos (ampicilina, ciprofloxacina, claritromicina, doxiciclina, metronizadol, ofloxacina, rositromicina e tetraciclina) nos níveis hormonais (componente estrogénico e/ou

progestativo).¹⁹ No entanto, mantêm-se as publicações de casos clínicos e pequenas séries tentando atestar a associação entre uma gravidez não planeada e o uso simultâneo de antibióticos e contraceptivos hormonais orais. Tendo em consideração estes trabalhos, os investigadores adiantam algumas hipóteses, nomeadamente, a existência de uma suscetibilidade individual que pode ser encontrada num pequeno grupo de mulheres com baixa biodisponibilidade do etinilestradiol, com extensa circulação enterohepática ou com uma flora intestinal especialmente suscetível à antibioterapia, sobretudo, a de largo espectro e de longa duração.^{20,21} Tem ainda de ser considerada a eventual presença de vômitos e/ou diarreia, efeitos secundários comuns dos antibióticos, e, possivelmente concorrentes para a falha contraceptiva. Uma redução da eficácia contraceptiva devida à redução dos níveis plasmáticos dos estroprogestativos é também apontada à erva de S. João (*hypericum perforatum*), um indutor enzimático da citocromo P450.^{21,23} Dentro das interações medicamentosas conhecidas e descritas na literatura, salienta-se o efeito dos antirretrovais, como os inibidores das proteases e/ou os inibidores da transcriptase reversa não nucleosídeos, na diminuição dos níveis hormonais dos contraceptivos combinados orais com possível interação clinicamente significativa.²⁴ Destes, destaca-se o ritonavir pela sua ação indutora enzimática, quando em administração crónica.²⁵ Outros métodos de contraceção seguros e eficácias são elegíveis para mulheres não saudáveis, com destaque para a contraceção progestativa isolada e intrauterina.^{10,11,12} O presente trabalho foi desenvolvido neste contexto, afim de avaliar a sensibilidade médica para o risco de gravidez planeada aquando da prescrição em doentes em idade fértil e na doença crónica, quando é mais premente programar a gestação afim de otimizar os resultados maternos e perinatais. A amostra do presente estudo reflete as principais características de um hospital de referência, com diversidade de especialidades e um número elevado de

médicos em formação. A maioria dos participantes tinha idade inferior a 35 anos e uma experiência clínica inferior a 8 anos, sendo, presumivelmente, os médicos mais jovens, os que apresentam maior predisposição para a participação em estudos de opinião. As especialidades com maior número de respostas foram a Medicina Interna e a Cirurgia Geral, o que é coincidente com a sua expressão dentro do hospital. Da leitura dos resultados obtidos, os autores constataram que na amostra inquirida a preocupação com o método de contraceção em uso, na introdução de novas terapêuticas, na mulher em idade reprodutiva, era inconsistente (44,8%) ou nula (9,9%), e que entre os que mostraram alguma sensibilidade para esta questão, a maioria não fornecia informação completa sobre contraceção nem referenciava de forma constante (62%), com potencial risco de uma não gravidez planeada e respetivas complicações que daí advém. Na presença de contraindicação à gravidez a opinião médica foi mais consistente com 38,7% informando sobre método concreto e seguro e 40,9% enviando a consulta de PF. Pela negativa destacam-se 20,5% dos inquiridos que apenas aconselharam “cuidado” ou não que efetuaram qualquer aconselhamento ou referência. Os autores assinalam que apesar de não terem frequentado ações de formação sobre aconselhamento contraceptivo os participantes consideram ser útil a sua existência. Apenas 21% dos inquiridos afirmam ter conhecimento dos recursos existentes na área do planeamento familiar, o que pode ser explicado pela pouca formação nessa área. Os autores constataam ainda que embora a maioria dos médicos desta amostra não possua formação recente em contraceção e mencione algum desconhecimento dos recursos existentes na área, muitos são os que efetuam o que consideram ser um “aconselhamento contraceptivo” seguro, tanto na introdução de novas terapêuticas (28,2%) como na contraindicação á gravidez (38,7%). As médicas frequentaram mais ações sobre aconselhamento

contracetivo e que é consistente com o seu maior conhecimento dos recursos disponíveis na área da contraceção. Os autores relacionam este aspeto como decorrente da maior sensibilidade do sexo feminino para o tema. Os médicos em formação ou especialistas de especialidades médicas parecem mais despertos para a possibilidade de interações medicamentosas e acabam por ser os que mais procuram e julgam útil a formação em PF. Os inquiridos menos diferenciados foram os que frequentaram mais ações sobre contraceção no último ano e foram também os mais jovens e com menor número de anos de experiência clínica os que mais consideraram necessária a sua existência, refletindo o carácter formativo da carreira médica. O estudo tem limitações uma vez que se trata de uma investigação local, com uma amostra pequena, de conveniência e voluntária, com respostas de carácter retrospectivo. As conclusões não se podem generalizar à população médica portuguesa. Não obstante, a amostra espelha a opinião dos clínicos de um hospital de referência, com carácter formativo refletindo a necessidade de sensibilização e formação pós graduada para a os temas descritos.

CONCLUSÃO

Do exposto os autores notam que apesar do atendimento de utentes em idade fértil e prescrição farmacológica, o tema das interações medicamentosas designadamente com a contraceção hormonal oral, não era abordada de modo sistemático. A amostra estudada evidenciou também um parco conhecimento dos recursos existentes na área do PF com limitação no aconselhamento contracetivo e na correta e atempada referenciação, mesmo quando uma gravidez é contraindicada. Foi apontada a importância de ações formativas multidisciplinares incluindo temas como contraceção em mulheres portadoras de doenças crónicas, a importância das interações medicamentosas e como obviar as suas consequências, a importância da

contraceção de emergência e a sua subutilização, e o risco de gravidez não planeada.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional de Estatística. Inquérito Nacional de Saúde 2005/2006, Instituto Nacional de Saúde, Lisboa 2009.
2. Direção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Materna, Infantil e dos Adolescentes. Saúde Reprodutiva - Planeamento Familiar, Lisboa, 2001.
3. Moreau, C., Bohet, A., Le Guen, M., Loilier, A. R., Bajos, N., & FECOND Group. (2014). Unplanned or unwanted? A randomized study of national estimates of pregnancy intentions. *Fertility and sterility*, 102(6), 1663-1670.
4. Sedgh, G., Singh, S., & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in Family Planning*, 45(3), 301-314.
5. Singh, S., Sedgh, G., & Hussain, R. (2010). Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Studies in family planning*, 41(4), 241-250.
6. Direção-Geral de Saúde. Divisão de Saúde Sexual, Reprodutiva, Infantil e Juvenil. relatório dos registos das interrupções da gravidez dados de 2014. junho 2015
7. Black, K. I., Gupta, S., Rassi, A., & Kubba, A. (2010). Why do women experience untimed pregnancies? A review of contraceptive failure rates. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24(4), 443-455
8. Trussell, J., & Portman, D. (2013). The creeping pearl: why has the rate of contraceptive failure increased in clinical trials of combined hormonal contraceptive pills?. *Contraception*, 88(5), 604-610.
9. Bonnema, R. A., McNAMARA, M. C., & Spencer, A. L. (2010). Contraception choices in women with underlying medical conditions. *American family physician*, 82(6), 621.
10. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Sociedade Portuguesa de Contraceção. Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Consenso sobre Contracepção, 2011

11. World Health Organization. Reproductive Health. Medical eligibility criteria for contraceptive use. World Health Organization, 2010.
12. ACOG Committee on Practice Bulletins-Gynecology. ACOG practice bulletin. No. 73: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstet Gynecol.* 2006 Jun;107(6):1453-72.
13. Gaffield, M. E., Culwell, K. R., & Lee, C. R. (2011). The use of hormonal contraception among women taking anticonvulsant therapy. *Contraception*, 83(1), 16-29.
14. I Johannessen, S., & Johannessen Landmark, C. (2010). Antiepileptic drug interactions-principles and clinical implications. *Current neuropharmacology*, 8(3), 254-267.
15. Reddy, D. S. (2010). Clinical pharmacokinetic interactions between antiepileptic drugs and hormonal contraceptives. *Expert review of clinical pharmacology*, 3(2), 183-192.
16. D O'Brien, M., & Guillebaud, J. (2010). Contraception for women taking antiepileptic drugs. *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 36(4), 239-242.
17. Baciewicz, A. M., Chrisman, C. R., Finch, C. K., & Self, T. H. (2008). Update on rifampin and rifabutin drug interactions. *The American journal of the medical sciences*, 335(2), 126-136.
18. DeRossi, S. S., & Hersh, E. V. (2002). Antibiotics and oral contraceptives. *Dental Clinics of North America*, 46(4), 653-664.
19. Archer, J. S., & Archer, D. F. (2002). Oral contraceptive efficacy and antibiotic interaction: a myth debunked. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 46(6), 917-923.
20. Toh, S., Mitchell, A. A., Anderka, M., Hernández-Díaz, S., & Study, N. B. D. P. (2011). Antibiotics and oral contraceptive failure—a case-crossover study. *Contraception*, 83(5), 418-425.
21. Bauer, K. L., & Wolf, D. G. (2005). Do antibiotics interfere with the efficacy of oral contraceptives?. *Clinical Inquiries*, 2005 (MU).
22. Borrelli, F., & Izzo, A. A. (2009). Herb–drug interactions with St John’s wort (*Hypericum perforatum*): an update on clinical observations. *The AAPS journal*, 11(4), 710-727.
23. Mannel, M. (2004). Drug interactions with St John’s wort. *Drug safety*, 27(11), 773-797.
24. Robinson, J. A., Jamshidi, R., & Burke, A. E. (2012). Contraception for the HIV-positive woman: a review of interactions between hormonal contraception and antiretroviral therapy. *Infectious diseases in obstetrics and gynecology*, 2012.
25. Hsu, A., Qian, J., Locke, C. S., Eason, C. J., Cavanaugh, J. H., Leonard, J. M., & Granneman, G. R. (1998). Effect of ritonavir on the pharmacokinetics of ethinyl oestradiol in healthy female volunteers. *British journal of clinical pharmacology*, 46(2), 111-116.

Tabelas

Tabela 1 - Caracterização da população médica inquirida.

		n (%)
Questão 1	Feminino	100 (55,2%)
Sexo	Masculino	81 (44,8%)
Questão 2	[25-29]	59 (32,6%)
Idade	[30-34]	46 (25,4%)
	[35-39]	25 (13,8%)
	[40-44]	6 (3,3%)
	[45-49]	15 (8,3%)
	[50-54]	19 (10,5%)
	[55-59]	5 (2,8%)
	[≥60]	6 (3,3%)
Questão 3	Medicina Interna	34 (18,8%)
Especialidade	Cirurgia Geral	22 (12,2%)
	Cardiologia	18 (9,9%)
	Psiquiatria	16 (8,8%)
	Neurologia	16 (8,8%)
	Infeciologia	14 (7,7%)
	Ortopedia	13 (7,2%)
	Pneumologia	11 (6,1%)
	Gastroenterologia	10 (5,5%)
	Endocrinologia	8 (4,4%)
	Hematologia	7 (3,95%)
	Reumatologia	6 (3,3%)
	Nefrologia	6 (3,3%)
Questão 4	< 8 anos	98 (54,1%)
Prática clínica	≥ 8 anos	83 (45,9%)

Tabela 2. Respostas ao questionário considerando a totalidade dos inquiridos.

QUESTIONÁRIO		n (%)
Questão 5	1. Nunca	18 (9,9%)
'Questiona sobre o método de contraceção em uso quando introduz novas terapêuticas numa doente em idade fértil'	2. Às vezes	81 (44,8%)
	3. Quase sempre	52 (28,7%)
	4. Sempre	30 (16,6%)
Questão 6	1. Aconselhamento contracetivo, sem referenciação	46 (28,2%)
'Se resposta afirmativa, faculta informação sobre contraceção e/ou referencia as doentes para consulta de PF'	2. Manutenção do método, sem referenciação	54 (33,1%)
	3. Sem informação, referenciação irregular	47 (28,9%)
	4. Sem informação, referenciação constante	16 (9,8%)
Questão 7	1. Aconselhamento contracetivo	70 (38,7%)
'Como procede no caso de contra-indicação à gravidez na doença crónica'	2. Aconselha "cuidado"	34 (13,3%)
	3. Sem aconselhamento ou referenciação	13 (7,2%)
	4. Referenciação Consulta de PF	74 (40,8%)
Questão 8	1. Sim	19 (10,5%)
'Frequentou alguma formação sobre aconselhamento contracetivo'	2. Não	162 (89,5%)
Questão 9	1. Sim	117 (64,6%)
'Julga útil ações de atualização sobre esse tema considerando a sua prática clínica'	2. Talvez	39 (21,5%)
	3. Não	22 (12,2%)
	4. Sem opinião	3 (1,7%)
Questão 10	1. Sim	38 (21,0%)
'Tem conhecimento dos recursos existentes no âmbito do PF'	2. Algum	118 (65,2%)
	3. Não	24 (13,2%)
	4. Não, e não constitui uma preocupação	1 (0,6%)

Tabela 3. Diferenças na opinião médica considerando as variáveis sexo e idade (<35 anos; ≥35 anos).

Questionário		Sexo		p	Idade		p
		Feminino n (%)	Masculino n (%)		<35 anos n (%)	≥ 35 anos n (%)	
Questão 5	1.	9 (9,0%)	9 (11,1%)	0,204	9 (8,6%)	9 (11,8%)	0,251
	2.	41 (41,0%)	40 (49,0%)		43 (41,0%)	38 (50,0%)	
	3.	32 (32,0%)	20 (24,7%)		37 (15,2%)	15 (19,7%)	
	4.	18 (18,0%)	12 (14,8%)		16 (15,2%)	14 (18,4%)	
Questão 6	1.	26 (28,6%)	20 (27,8%)	0,339	27 (28,1%)	19 (28,4%)	0,460
	2.	26 (28,6%)	28 (38,9%)		34 (35,4%)	20 (29,9%)	
	3.	27 (29,7%)	20 (27,8%)		29 (30,2%)	18 (26,9%)	
	4.	12 (13,2%)	4 (5,6%)		6 (6,3%)	10 (14,9%)	
Questão 7	1.	43 (43,0%)	27 (33,3%)	0,270	50 (47,6%)	20 (26,3%)	0,069
	2.	13 (13,0%)	11 (13,6%)		8 (7,6%)	16 (21,1%)	
	3.	5 (5,0%)	8 (9,9%)		6 (5,7%)	7 (9,2%)	
	4.	39 (39,0%)	35 (43,2%)		41 (39,0%)	33 (43,4%)	
Questão 8	1.	15 (15,0%)	4 (4,9%)	0,029	14 (13,3%)	5 (6,6%)	0,145
	2.	85 (85,0%)	77 (95,1%)		91 (96,7%)	71 (93,4%)	
Questão 9	1.	69 (69,0%)	48 (59,3%)	0,209	74 (70,5%)	43 (56,6%)	0,034
	2.	18 (18,0%)	21 (25,9%)		21 (20,0%)	18 (23,7%)	
	3.	12 (12,0%)	10 (12,3%)		9 (8,6%)	13 (17,1%)	
	4.	1 (1,0%)	2 (2,5%)		1 (1,0%)	2 (2,6%)	
Questão 10	1.	28 (28,0%)	10 (12,3%)	0,001	20 (19,0%)	18 (23,7%)	0,568
	2.	64 (64,0%)	54 (66,7%)		75 (71,4%)	43 (56,6%)	
	3.	7 (7,0%)	17 (21,0%)		10 (9,5%)	14 (18,4%)	
	4.	1 (1,0%)	-		-	1 (1,3%)	

Tabela 4. Diferenças na opinião médica considerando as variáveis especialidades médicas versus especialidades cirúrgicas e anos de prática clínica (<8 anos; ≥8 anos).

Questionário		Especialidades		p	Prática Clínica		p
		Médicas n (%)	Cirúrgicas n (%)		< 8 anos n (%)	≥ 8 anos n (%)	
Questão 5	1.	9 (6,2%)	9 (25,9%)	0,046	9 (9,2%)	9 (10,8%)	0,419
	2.	67 (45,9%)	14 (40,0%)		41 (41,8%)	40 (48,2%)	
	3.	46 (31,5%)	6 (17,1%)		32 (32,7%)	20 (24,1%)	
	4.	24 (16,4%)	6 (17,1%)		16 (16,3%)	14 (16,9%)	
Questão 6	1.	36 (26,3%)	10 (38,5%)	0,133	25 (28,1%)	21 (28,4%)	0,483
	2.	46 (33,6%)	8 (30,8%)		32 (36,0%)	22 (29,7%)	
	3.	39 (28,5%)	8 (30,8%)		26 (29,2%)	21 (28,4%)	
	4.	16 (11,7%)	-		6 (6,7%)	10 (13,5%)	
Questão 7	1.	61 (41,8%)	9 (25,9%)	0,356	45 (45,9%)	25 (30,1%)	0,201
	2.	17 (11,6%)	7 (20,0%)		8 (8,2%)	16 (19,3%)	
	3.	8 (5,5%)	5 (14,3%)		6 (6,1%)	7 (8,4%)	
	4.	60 (41,1%)	14 (40,0%)		39 (39,8%)	35 (42,2%)	
Questão 8	1.	19 (13,0%)	-	0,024	15 (15,3%)	4 (4,8%)	0,022
	2.	127 (87,0%)	35 (100,0%)		83 (84,7%)	79 (95,2%)	
Questão 9	1.	104 (71,2%)	13 (37,1%)	<0,001	69 (70,4%)	48 (57,8%)	0,034
	2.	25 (17,1%)	14 (40,0%)		21 (21,4%)	18 (21,7%)	
	3.	14 (9,6%)	8 (22,9%)		8 (8,2%)	14 (16,9%)	
	4.	3 (2,1%)	-		-	3 (3,6%)	
Questão 10	1.	30 (20,5%)	8 (22,9%)	0,900	20 (20,4%)	18 (21,7%)	0,231
	2.	97 (66,4%)	21 (60,0%)		70 (71,4%)	48 (57,8%)	
	3.	18 (12,3%)	6 (17,1%)		8 (8,2%)	16 (19,3%)	
	4.	1 (0,7%)	-		-	1 (1,2%)	