

CONTRACEPTION IN ADOLESCENCE: RECOMMENDATIONS FOR COUNSELLING

CONTRACEÇÃO NA ADOLESCÊNCIA: RECOMENDAÇÕES PARA O ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO

Sílvia Neto¹, Teresa Bombas², Cláudia Arriaga¹, Maria do Céu Almeida³, Pascoal Moleiro¹

¹Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Leiria, E.P.E. em representação da Sociedade Portuguesa de Medicina do Adolescente da Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPMA-SPP)

²Serviço de Obstetrícia da Maternidade Daniel de Matos, Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra, em representação da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC)

³Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em representação da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC)
Acta Pediatr Port 2014;45:51-63

ABREVIATURAS

AUP – Acetato de ulipristal
 AVC – Acidente vascular cerebral
 CE – Contraceção de emergência
 CHC – Contraceção hormonal combinada
 CO – Contraceção oral
 COC – Contraceção oral combinada
 COP – Contraceção com progestativo oral isolado
 CP – Contraceção com progestativo isolado
 Cu - Cobre
 DIU – Dispositivo intrauterino
 EE – Etinilestradiol
 E2 – Estradiol
 EP – Embolia pulmonar
 HPV – Vírus do papiloma humano
 HTA – Hipertensão arterial
 IMC – Índice de massa corporal
 IST – Infecções sexualmente transmissíveis
 LT – Laqueação tubárica
 LES – Lupus eritematoso sistémico
 LNG – Levonorgestrel
 OMS – Organização Mundial de Saúde
 PA – Pressão arterial
 PNV – Programa nacional de vacinação
 RS – Relações sexuais
 SIU – Sistema intrauterino
 TEV – Tromboembolismo venoso

INTRODUÇÃO

É na adolescência que a maioria dos jovens inicia a atividade sexual¹. Estudos recentes sugerem que a idade de início da atividade sexual está a diminuir nos países industrializados e a prevalência de infeções sexualmente transmissíveis (IST) a aumentar^{2,3}. A taxa de fertilidade varia entre os países, estimando-se que cerca de 15 milhões de adolescentes sejam mães por ano⁴. O abuso de álcool, o uso de drogas ilícitas, o insucesso e o abandono escolar são fatores de risco para o início da atividade sexual em idades mais jovens, para a gravidez na adolescência e para as IST⁴⁻⁶.

Dados nacionais mostram que, nos adolescentes, o uso de contraceção com pílula e preservativo (dupla proteção) tem vindo a aumentar, o que reflete uma preocupação e uma maior informação sobre a importância da prevenção da gravidez e das IST^{7,8}. Em Portugal, o número de adolescentes que engravidam por ano tem vindo a diminuir gradualmente, o que se reflete no decréscimo no número de adolescentes que são mães e no número de interrupções de gravidez realizadas em adolescentes⁹. Os adolescentes são considerados um grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde sexual e reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis. Assim, o artigo 3º da Portaria nº 52/85, de 26 de janeiro refere: “São criados centros de atendimento para jovens nos centros de saúde e hospitais a implantar inicialmente a nível regional e progressivamente nas restantes estruturas de saúde, na medida em que a preparação dos profissionais necessários ao seu funcionamento o permita”. E ainda de acordo com o disposto no artigo 5º da Lei nº 120/99, de 11 de agosto: “Os jovens podem ser atendidos em qualquer consulta de planeamento familiar, ainda que em centro de saúde ou serviço hospitalar que não seja da área da sua residência”^{10,11}.

OBJETIVO

Colaborar na boa prática clínica para promoção de uma sexualidade segura, prevenção da gravidez e das IST. Este documento contém linhas de orientação geral para o aconselhamento de adolescentes, mas não deve ser o único elemento a considerar na escolha contracetiva.

ACONSELHAMENTO

Os profissionais de saúde ligados ao aconselhamento contracetivo em adolescentes devem ser competentes na informação prestada sobre os vários métodos de contraceção disponíveis e mais adequados ao grupo etário em questão. O aconselhamento deve incluir informação sobre o uso de contraceção de emergência. O aconselhamento deve ser realizado considerando o género, reforçando a noção de risco individual, abordan-

do-se a sexualidade de uma forma integral e esclarecedora de falsos conceitos.

Toda a informação deve ser prestada em ambiente de privacidade e confidencialidade, de forma clara e concisa, sem juízos de valor. O adolescente deve escolher livremente, de acordo com a sua necessidade, expectativa e condição médica, promovendo-se a sua responsabilização.

MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO DISPONÍVEIS EM PORTUGAL

QUADRO I - Métodos contraceptivos

Métodos contraceptivos	Tipos
Naturais	Calendário Coito interrompido Muco cervical Temperatura basal
Barreira	Preservativo masculino e feminino
Hormonal	Combinada (CHC): - oral (COC) - anel vaginal - sistema transdérmico Progestativa (CP): - oral (COP) - injetável - implante - sistema intrauterino (SIU)
Não hormonal	Dispositivo intrauterino (DIU)
De emergência	Hormonal: oral Não hormonal: DIU
Cirúrgicos	Laqueação tubárica (LT) Vasectomia

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²

CHC – Contraceção hormonal combinada; COC – Contraceção oral combinada; CP – Contraceção com progestativo isolado; COP – Contraceção com progestativo oral isolado; SIU – Sistema intrauterino; DIU – Dispositivo intrauterino; LT – Laqueação tubárica

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE CONTRACETIVOS NA ADOLESCÊNCIA

A idade por si só, não constitui limitação ou contraindicação à utilização de qualquer método contraceptivo^{12,13} (Quadro I). A maioria dos métodos de contraceção pode ser usada sem restrições (Figura 1).

Existem, no entanto, situações médicas em que o uso de alguns tipos de contraceptivos é suscetível de aumentar os riscos para a saúde. Nestas situações, a escolha contraceptiva deve ser realizada de forma multidisciplinar, incluindo o apoio da Ginecologia, considerando as recomendações atualmente vigentes nos *Crítérios Médicos de Elegibilidade para o uso de contraceptivos* da Organização Mundial de Saúde (OMS)¹³ (Quadro II).

EXAME CLÍNICO E/OU INVESTIGAÇÃO COMPLEMENTAR A REALIZAR PARA A DISPONIBILIZAÇÃO DE UM CONTRACETIVO

Na sua maioria, os adolescentes são saudáveis. A pressão arterial (PA) e peso/índice de massa corporal (IMC) são os únicos parâmetros clínicos cuja avaliação é recomendada antes da disponibilização da maioria dos métodos anticoncepcionais (Quadro III)^{12,13}.

Mensagens importantes:

- (1) Uma consulta é uma oportunidade de aconselhamento no âmbito da promoção de um estilo de vida saudável.
- (2) As adolescentes saudáveis não precisam de exames auxiliares de diagnóstico (incluindo avaliação analítica) para iniciar um contraceptivo, mas sim de um aconselhamento eficaz e individualizado (Figura 1).
- (3) A avaliação e monitorização do peso/IMC deve ser feita sempre que possível. Apesar de não contribuir para a escolha efetiva e uso do método, deve ser realizada para eliminar o falso conceito de aumento de peso associado ao uso de contraceptivos hormonais e para o rastreio das perturbações do comportamento alimentar.
- (4) As adolescentes assintomáticas não necessitam de exame ginecológico para iniciar contraceção,

exceto se o método escolhido for o dispositivo intrauterino (DIU) ou o sistema intrauterino (SIU) no momento da sua colocação.

(5) Deve ser promovida a vacinação profilática contra o vírus do papiloma humano (HPV), administrada universalmente e de forma gratuita no âmbito do Programa Nacional de Vacinação (PNV) ¹⁴.

(6) O rastreio do cancro do colo do útero deve ser realizado de acordo com o programa nacional e de uma maneira geral não está preconizado antes dos 21 anos de idade¹⁵.

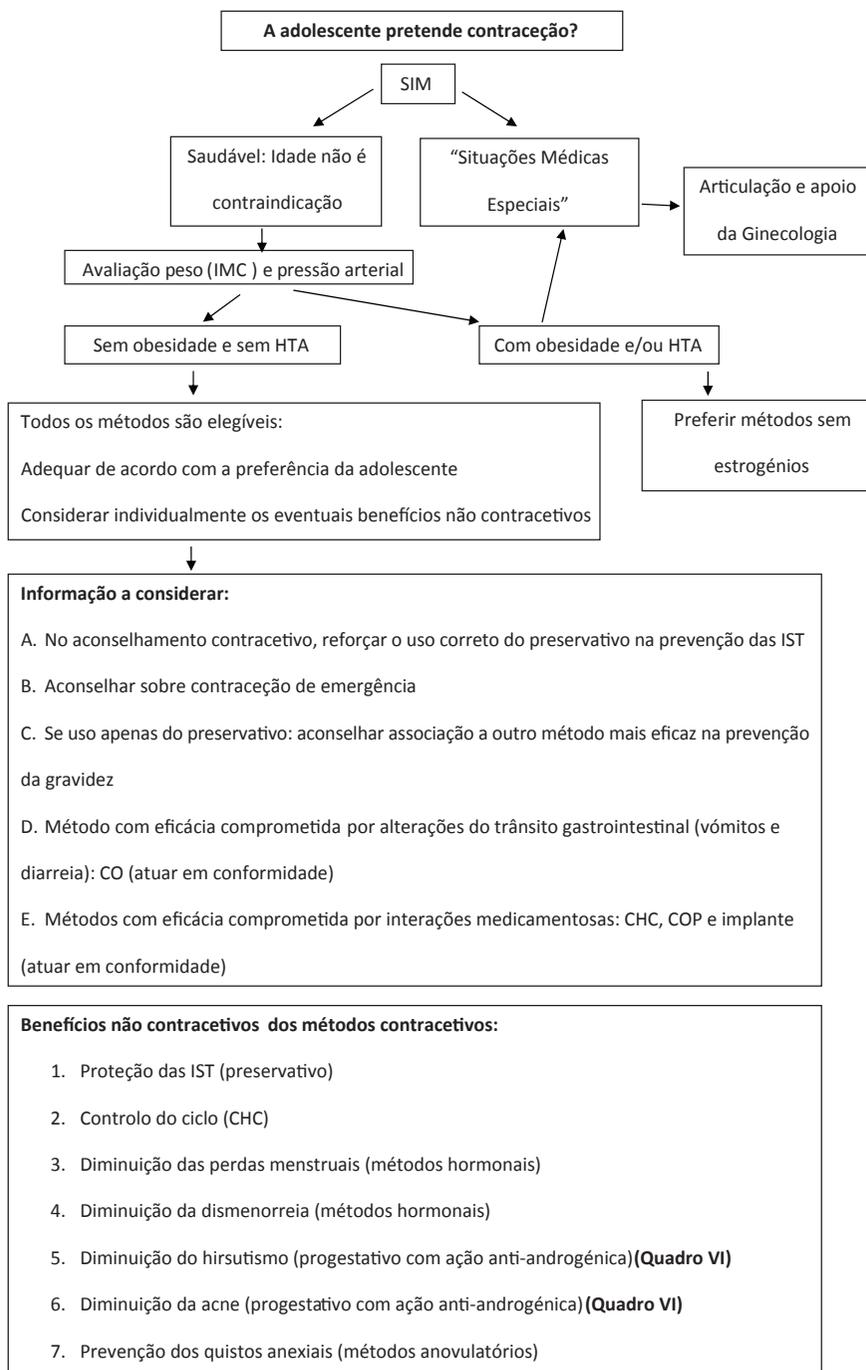


Figura 1. Fluxograma de aconselhamento contraceptivo em adolescentes

QUADRO II - Critérios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos

PATOLOGIAS	CHC (oral, vaginal, transdérmico)	COP Implante	DIU	SIU
HTA				
- controlada	3	1/2	1	1
- com vasculopatia	4	2	1	2
RISCO TROMBOEMBÓLICO				
- História de TEV/EP	4	2	1	2
- História familiar TEV/EP (primeiro grau)	2	1	1	1
- Mutações trombogénicas conhecidas	4	2	1	2
GRANDE CIRURGIA				
- Com imobilização prolongada	4	2	1	2
- Sem imobilização prolongada	2	1	1	1
DOENÇA CARDÍACA ISQUÉMICA				
	4	3	1	2
DOENÇA VALVULAR CARDÍACA				
- Não complicada	2	1	1	1
- Complicada (HTA pulmonar, entre outras)	4	1	2	2
AVC (atual ou antecedentes)				
	4	3	1	2
DISLIPIDEMIAS (conhecidas)				
	2/3	2	1	2
OBESIDADE (definição da OMS e CDC)				
	4	2	1	1
DIABETES tipo 1 e 2				
- Sem doença vascular	2	2	1	2
- Com nefropatia/retinopatia/ neuropatia	3/4	2/3	1	2
LÚPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO				
- Anticorpos antifosfolipídicos +	4	3	1	3
- Trombocitopenia grave	2	2	2	2
- Tratamento imunossupressor	2	2	1	2
- Nenhum dos anteriores	2	2	1	2
ENXAQUECA COM AURA				
	4	3	1	3
TUMORES HEPÁTICOS				
- Adenoma hepatocelular	4	3	1	3
- Hepatoma (maligno)	4	3	1	3
HEPATITE POR VÍRUS AGUDA				
	3/4	3	1	3
CIRROSE				
- Cirrose moderada (compensada)	3	2	1	2
- Cirrose grave (descompensada)	4	3	1	3
TRANSPLANTE ÓRGÃOS SÓLIDOS				
- Complicado	4	2	2/3	2/3
- Não complicado	2	2	2	2
TERAPÊUTICA RETROVIRAL				
- Ritonavir	3	2/3	2	2
TERAPÊUTICA ANTICONVULSIVANTE				
- Indutores enzimáticos	3	2/3	1	1
- Lamotrigina	3	1	1	1

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹², Critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009 OMS¹³

Categoria 1: O uso do método não tem restrições

Categoria 2: O método pode ser usado sob vigilância médica específica

Categoria 3: O método não é recomendado a menos que outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceites

Categoria 4: O uso do método representa um risco inaceitável para a saúde.

QUADRO III - Avaliação necessária para início do uso de um método de contraceção

Exame/Teste	CHC (oral, anel, transdérmico)	Progestativo oral	Progestativo injetável	Implante	DIU-Cu SIU-LNG
Avaliação PA	B	B	B	B	C
Peso / IMC	B	B	B	B	C
Palpação mama	C	C	C	C	C
Exame ginecológico	C	C	C	C	A
Citologia cervical	C	C	C	C	C
Avaliação analítica	C	C	C	C	C

Fonte: Critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009 OMS¹³

CHC – Contraceção hormonal combinada, DIU-Cu – Dispositivo intrauterino de cobre, IMC – Índice de massa corporal, SIU-LNG – Sistema intrauterino de levonorgestrel, PA – Pressão arterial

Classe A: Essencial e imprescindível para o uso seguro e efetivo do contraceptivo

Classe B: Contribui significativamente para o uso seguro e efetivo do contraceptivo

Classe C: Não contribui significativamente para o uso seguro e efetivo do contraceptivo

PROGRAMA NACIONAL DE RASTREIO DO CANCRO DO COLO DO ÚTERO¹⁸

O CANCRO DO COLO DO ÚTERO É RARO ANTES DOS 21 ANOS DE IDADE E NOS TRÊS PRIMEIROS ANOS DE RELAÇÕES SEXUAIS, PELO QUE O INÍCIO DO RASTREIO ANTES DOS 21 ANOS E OU NOS PRIMEIROS TRÊS ANOS DE INÍCIO DO COITO DEVE SER DESENCORAJADO.

O RASTREIO OPORTUNISTA FAZ PARTE DOS CUIDADOS PERSONALIZADOS DE SAÚDE. NESSE CONTEXTO, A DECISÃO DA DATA DE INÍCIO DO RASTREIO É UMA DECISÃO PONDERADA DE FORMA INDIVIDUALIZADA.

O RASTREIO ORGANIZADO DEVE SER CONSIDERADO UMA MEDIDA DE SAÚDE PÚBLICA E ABRANGER TODA A POPULAÇÃO NACIONAL. A SUA FINALIDADE É REDUZIR A MORTALIDADE POR CANCRO DO COLO DO ÚTERO. O RASTREIO ORGANIZADO É TANTO MAIS EFICAZ QUANTO MAIOR A PERCENTAGEM DE POPULAÇÃO ABRANGIDA, QUE DEVE SER SEMPRE SUPERIOR A 70%. DE ACORDO COM AS GUIDELINES EUROPEIAS, DEVE SER INICIADO ENTRE OS 25 E OS 30 ANOS DE IDADE E TERMINAR AOS 65, COM UMA PERIODICIDADE DE TRÊS A CINCO ANOS.

MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO

1. Métodos naturais

- Calendário
- Avaliação do muco cervical
- Avaliação da temperatura basal
- Coito interrompido

Mensagens importantes sobre os métodos naturais:

- (1) Não são aconselhados para adolescentes.
- (2) Não protegem das IST.
- (3) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.
- (4) Requerem que a adolescente tenha ciclos regulares

e aprenda a identificar o período fértil, conhecendo as modificações fisiológicas do ciclo menstrual.

- (5) Requerem períodos de abstinência.
- (6) Requerem colaboração e motivação.

2. Métodos de barreira:

- Preservativo masculino e feminino (Quadro IV)

Mensagens importantes sobre os métodos de barreira:

- (1) Únicos métodos que protegem das IST.
- (2) Deve ser reforçado o ensino do uso correto do preservativo.
- (3) Deve ser aconselhado o seu uso em associação a outro método mais eficaz na prevenção da gravidez.
- (4) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.

3. Métodos hormonais combinados (CHC)

Mensagens importantes sobre os métodos hormonais combinados (Quadro V):

- (1) Métodos mais utilizados por adolescentes.
- (2) Não previnem as IST: deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.

QUADRO IV - Características do preservativo masculino e feminino

	Preservativo masculino	Preservativo feminino
Eficácia	- Depende do uso correto	
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> - Fácil aquisição - Não necessita de vigilância médica - Previne as IST - Envolvimento masculino 	<ul style="list-style-type: none"> - Não necessita de vigilância médica - Previne as IST
Desvantagens	- A eficácia depende do uso correto	<ul style="list-style-type: none"> - Difícil aquisição - A eficácia depende do uso correto - A colocação correta exige um conhecimento da anatomia feminina.
Precauções	<ul style="list-style-type: none"> - Alergia ao látex^(*) - O uso de lubrificantes não aquosos pode alterar a integridade do preservativo 	

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²

IST – Infecções sexualmente transmissíveis; ^(*)Alergia ao látex: Na presença de alergia ao látex, deve ser sugerido o uso de preservativos de poliuretano e outros plásticos. A taxa de proteção é semelhante à do látex.

(3) A contraceção pode ser iniciada no dia da consulta (*quick start*):

- Ao iniciar em qualquer dia do ciclo são necessários sete dias para obter uma eficácia contracetiva, pelo que a proteção da gravidez deve ser assegurada com o uso de um preservativo
- Ao iniciar no primeiro dia da menstruação a eficácia contracetiva é imediata.

(4) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.

Aspetos práticos:

- (1) Nas adolescentes, a escolha da dose de estrogénios deve ser individualizada de acordo com o seu IMC e de forma a proteger o metabolismo ósseo. Assim, nas adolescentes magras ou com peso adequado, deve preferir-se a dose de 30 µg, sendo a diminuição aconselhada à medida que aumenta o IMC.
- (2) Nas adolescentes obesas (IMC ≥ dois desvios padrão em curvas da OMS ou IMC ≥ P95 (percentil 95) em curvas do CDC, um CHC deve ser

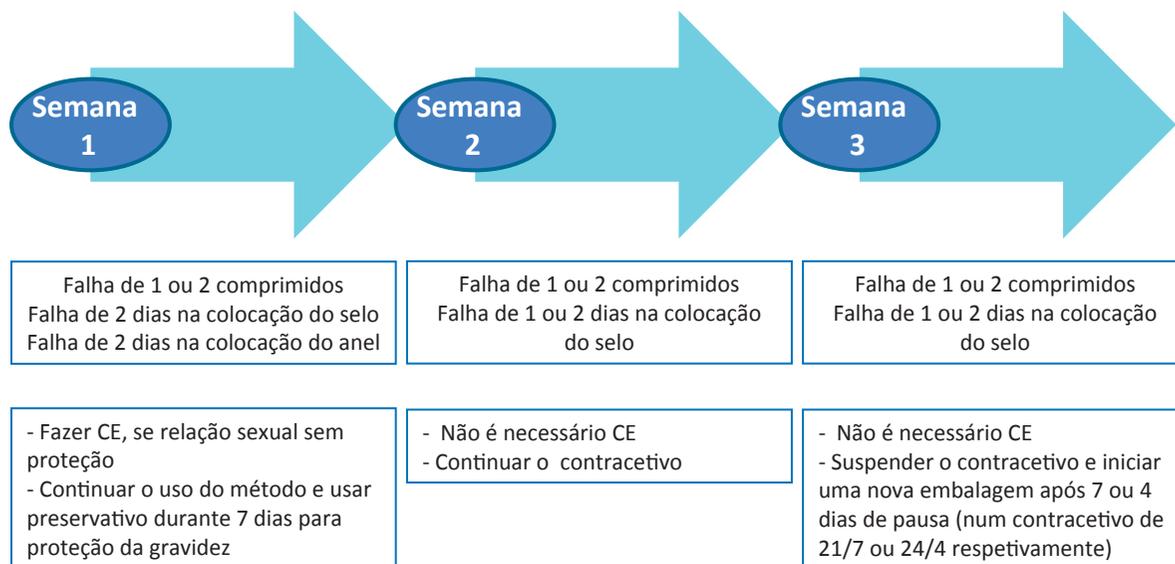


Figura 2 - Esquecimento de contraceção hormonal diária/semana/mensal

QUADRO V - Caracterização dos métodos contraceptivos hormonais combinados

	Pílula (COC)	Anel vaginal	Sistema transdérmico (“Selo”)
Eficácia	99,7% (se uso correto)		
Composição (estrogénio e progesterona) (Quadro XII)	Variável na dose e composição	15 µg de etinilestradiol (EE) + 120 µg de etonogestrel (metabolito ativo do desogestrel)	20 µg de EE + 150 µg de norelgestromina (NGMN) (metabolito ativo do norgestimato)
Mecanismo de ação	Inibição da ovulação Fácil aquisição		
Vantagens	- Método mais conhecido das adolescentes	- Uso mensal - A eficácia não é afetada por vômitos e diarreia	- Uso semanal - A eficácia não é afetada por vômitos e diarreia
Desvantagens	- Toma diária - A eficácia pode ser afetada por vômitos e diarreia	- Para algumas adolescentes a introdução vaginal	- Eficácia contraceptiva não garantida em mulheres com peso > 90 kg - Irritabilidade cutânea ocasional
Benefícios não contraceptivos	1. Controle do ciclo 2. Melhoria da dismenorrea 3. Diminuição do volume das perdas menstruais 4. Prevenção dos quistos anexiais 5. Melhoria da acne e hirsutismo (Os benefícios contraceptivos e não contraceptivos são comuns aos vários contraceptivos hormonais combinados, independentes da forma de administração e dependentes da dose e tipo de estroprogestativo usado) (Quadro VI e XII)		

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²

COC – Contraceção oral combinada, EE – Etinilestradiol, NGMN – norelgestromina

QUADRO VI – Efeito dos progestativos nos recetores hormonais

Progestativo	Estrogénico	Androgénico	Antiandrogénico	Antiminerlocorticoide
Levonorgestel	(+)	(+)	-	-
Gestodeno	-	(+)	-	-
Desogestrel	-	(+)	-	-
Acetato de medroxiprogesterona	-	(+)	-	-
Acetato de ciproterona	-	-	+++	-
Acetato de cloroadinona	-	-	+	-
Dienogeste	-	-	++	-
Norgestimate	-	-	(+)	-
Drospirenona	-	-	(+)	+
Nomac	-	-	-	-

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²

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

usado apenas se outros métodos não estiverem disponíveis ou não forem aceites, pelo risco de tromboembolismo venoso (TEV).

(5) As formulações de contraceção hormonal combinada 21/7, podem ser usadas de forma contínua, isto é, sem o intervalo de sete dias para a hemorragia de privação.

QUADRO VII - Caracterização de métodos contraceptivos hormonais com progestativo isolado

	Pílula só com progestativo (COP)	Implante	Injetável
Eficácia		99,7% (uso correto)	
Composição (Quadro XII)	Desogestrel	Etonogestrel (metabolito ativo do desogestrel)	Acetato de medroxiprogesterona
Considerações	- Primeira linha em adolescentes com contra-indicação ao uso de estrogénios	- Primeira linha em adolescentes com contra-indicação ao uso de estrogénios e que pretendam um método de longa duração	- Método apenas para uso transitório em adolescentes - Ponderar o seu uso em adolescentes com epilepsia
Mecanismo de ação		- Inibição da ovulação - Espessamento do muco cervical - Efeito endometrial	
Vantagens	- O seu uso não depende de um profissional de saúde	Amenorreia ou espaniomenorreia - Contraceção de longa duração (três anos) - Eficácia não dependente da utilizadora - Eficácia não alterada por perturbações gastrointestinais	- Uso trimestral
Desvantagens	- Toma diária A eficácia pode ser afetada por alguns fármacos (Quadros X e XI)	Hemorragias de privação irregulares e imprevisíveis - A colocação deve ser realizada por um profissional de saúde - A colocação deve ser realizada por um profissional de saúde - Risco de alteração do metabolismo ósseo quando usado por períodos prolongados - Eventual ganho ponderal	
Benefícios não contraceptivos		- Melhoria da dismenorreia - Diminuição do volume das perdas menstruais - Prevenção de quistos anexais hemorrágicos	

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²

(3) Nas adolescentes com hábitos tabágicos e na presença de outros fatores de risco de doença cardiovascular, o uso de contraceção hormonal com progestativo isolado deve ser ponderado como primeira opção.

(4) A escolha da dose de estrogénios e do tipo de progestativo, se necessário, pode ser orientada para a obtenção de benefícios não contraceptivos, que melhoram a qualidade de vida da adolescente e promovem a adesão ao método (Figura 1 e Quadro VI).

(6) Em caso de esquecimento / alteração gastrointestinal, aconselhar segundo o esquema da Figura 2.

4. Métodos hormonais só com progestativos

Mensagens importantes sobre os métodos hormonais só com progestativos (Quadro VII):

(1) O uso de um progestativo isolado deve ser considerado como primeira linha em adolescentes com contra-indicação ao uso de estrogénios (Quadro II).

- (2) O implante contraceutivo é um método de primeira linha em adolescentes que aceitem a amenorreia e/ou as perdas imprevisíveis e com necessidade de um método cuja eficácia seja independente da colaboração da utilizadora.
- (3) Nas adolescentes com acne, o uso isolado de um progestativo pode não contribuir para a melhoria da doença.
- (4) Nas adolescentes obesas, que aceitem a amenorreia e/ou hemorragias irregulares e imprevisíveis, a contraceção com progestativo isolado deve ser uma primeira opção (exceto o uso de acetato de medroxiprogesterona).
- (5) A injeção de acetato de medroxiprogesterona deve ser considerada apenas por períodos transitórios nas adolescentes, exceto nas adolescentes com epilepsia.
- (6) Não previnem as IST: deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.
- (7) A contraceção pode ser iniciada no dia da consulta (*quick start*):
 - Ao iniciar em qualquer dia do ciclo, são necessários sete dias para obter uma eficácia contra-

cetiva, pelo que deve ser usado um preservativo durante este período de tempo.

- Ao iniciar no primeiro dia da menstruação a eficácia contracetiva é imediata.

- (8) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.

Aspetos práticos:

- (1) Em caso de esquecimento da pílula só com progestativo, usar as mesmas regras descritas para o esquecimento dos CHC (Figura 2).
- (2) Em caso de hemorragia ou *spotting* com o implante, fazer uma embalagem de contraceção oral combinada (COC) com 30 µg de etinilestradiol (EE) se não existir contra-indicação.

5. Métodos intrauterinos

Mensagens importantes sobre os métodos intrauterinos (Quadro VIII):

- (1) Os dispositivos intrauterinos não previnem das IST, pelo que deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.

QUADRO VIII - Caracterização dos métodos contracetivos intrauterinos

	DIU-Cu	SIU-LNG
Eficácia	99,9% (se uso correto)	
Considerações	- Para adolescentes que pretendam um método de longa duração - Sem contra-indicação em adolescentes	
Mecanismo de ação	- Reação inflamatória do endométrio que impede a nidação - Toxicidade para o esperma e para o óvulo (portanto impede o processo de fecundação)	- Espessamento do muco cervical que impede a progressão do espermatozoide - Alteração do endométrio que impede a nidação - Em 25% dos casos inibe a ovulação
Vantagens	- Contraceção de longa duração (dez anos) - Mantém a regularidade dos ciclos - Pode ser usado como método de contraceção de emergência	- Contraceção de longa duração (cinco anos) - Melhoria das menorragias - Amenorreia ou perdas escassas e imprevisíveis
Desvantagens	Exige exame ginecológico para a colocação	
	- Não controla a dismenorreia - Nos primeiros meses pode ocorrer um aumento ligeiro do fluxo	- Nos primeiros meses podem ocorrer perdas hemáticas irregulares mas escassas

Fonte: Consensos sobre Contraceção 2011
 DIU-Cu – Dispositivo intrauterino de cobre, SIU-LNG – Sistema intrauterino de levonorgestrel

- (2) Método indicado para adolescentes que pretendam um método de longa duração cuja eficácia seja independente da colaboração da utilizadora.
- (3) Realizar o rastreio universal de *Chlamydia*, de acordo com o preconizado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016¹⁶. A colocação do DIU / SIU não deve estar dependente do resultado. Um rastreio positivo não implica a remoção do DIU / SIU, mas apenas o tratamento da doença.
- (4) A opção por este método não modifica as recomendações relativamente ao rastreio do cancro do colo neste grupo etário.

Aspetos práticos:

- (1) Se a colocação for no primeiro dia do ciclo, a eficácia contraceptiva é imediata.
- (2) Se a colocação for em qualquer outro dia do ciclo:
 - a. O DIU de cobre confere uma contraceção imediata.
 - b. O SIU exige o uso de um preservativo durante sete dias para prevenção da gravidez.

Métodos disponíveis: Pílula de levonorgestrel (LNG), pílula de acetato de ulipristal (AUP) e DIU.

Mensagens importantes sobre a contraceção de emergência (Quadro IX):

- (1) É a última oportunidade na prevenção de uma gravidez nas adolescentes que:
 - a. Tiveram relações sexuais (RS) desprotegidas
 - b. Tiveram uma falha contraceptiva
 - c. Foram vítimas de violação

Aspetos práticos:

- (1) Para a CE com LNG a eficácia máxima é obtida nas primeiras 24 horas.
- (2) Embora não comparável, deve ser reforçada a mensagem de que a eficácia contraceptiva é inferior à de qualquer um dos métodos de contraceção de uso regular.
- (3) O início de um contraceptivo deve ser imediato à contraceção de emergência.
- (4) A adolescente deve realizar um teste de gravidez três semanas após a toma de contraceção de emergência se não tiver menstruação.

6. Contraceção de emergência (CE)

QUADRO IX - Caracterização de contraceção de emergência

	Levonorgestrel (LNG)	Acetato de Ulipristal (AUP)
Indicação	- Relação sexual desprotegida	
Composição (Quadro XII)	- Levonorgestrel (1,5 mg) - Postinor®, Norlevo®	- Acetato de ulipristal (30 mg) - EllaOne®
Mecanismo de ação	- Bloqueio ovulação	
Vantagens	- Sem contraindicação - Venda livre - Disponível nas consultas de Planeamento Familiar	- Eficaz até cinco dias - Eficácia não depende da precocidade da toma
Desvantagens	- Não protege das IST - A eficácia depende da precocidade da toma ⁽¹²⁾ : 24 horas: 95% 48 horas: 85% 72 horas: 58%	- Prescrição obrigatória - Preço - Não disponível nas consultas de Planeamento Familiar - Não deve ser utilizado durante a amamentação
Considerações	- A toma repetitiva é indicativa de necessidade de revisão do método de contraceção usado	

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²

AUP – Acetato de ulipristal, IST – Infecções sexualmente transmissíveis, LNG – Levonorgestrel

QUADRO X – Interações farmacológicas dos CHC

Diminuem a eficácia contraceptiva	Aumentam a atividade contraceptiva	A CHC aumenta a concentração do fármaco	A CHC diminui a concentração do fármaco
Carbamazepina	Acetaminofeno	Amitriptilina	Lamotrigina
Griseofulvina	Eritromicina	Cafeína	
Oxcarbazepina	Fluoxetina	Ciclosporina	
Etosuximida	Fluconazol	Corticoides	
Fenobarbital	Fluvoxamina	Diazepam	
Fenitoína	Sumo de uva	Alprazolam	
Primidona	Nefazadona	Nitrazepam	
Lamotrigina	Vitamina C	Triazolam	
Rifampicina		Propranolol	
Ritonavir		Imipramina	
Erva de São João		Fenitoína	
Topiramato		Selegina	
		Teofilina	

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²; Critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009 OMS¹³
 CHC - Contraceção hormonal combinada

QUADRO XI – Orientações práticas em farmacoterapia

Grupo de fármacos	Comentário	Orientação
Antibióticos	A eficácia da CHC não é diretamente afetada por um antibiótico de largo espectro Exceções: rifampicina, rifabutina	Os antibióticos podem alterar a flora intestinal com perturbação do ciclo entero-hepático e inferir na eficácia do CO pelo que se sugere o uso de um preservativo durante a terapêutica e nos sete dias seguintes. Ponderar o uso de CE se RS desprotegidas
Antifúngicos e antiparasitários	Sem interferência nos CHC exceto no uso prolongado de griseofulvina	Sem necessidade de proteção adicional
Anticonvulsivantes	São na maioria indutores enzimáticos pelo que inferem com a eficácia dos CHC	Em utilizadoras de CHC ponderar o uso de valproato de sódio
Antirretrovirais	Interferem com a eficácia dos CHC (ritonavir)	Ponderar a utilização de outro método de contraceção

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²; Critérios de elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009 OMS¹³
 CE - Contraceção de emergência, RS - Relações sexuais, CHC - Contraceção hormonal combinada, CO - Contraceção oral

- (5) Em caso de utilizadoras de fármacos indutores enzimáticos, usar dois comprimidos de levonorgestrel (3 mg) ou utilizar o DIU.
- (6) Verifica-se uma alteração da menstruação até sete dias no ciclo de utilização da CE (antecipação de um dia em caso de uso de LNG e atraso de dois dias em caso de uso de AUP).
- (7) O uso do DIU como método de contraceção de emergência pode ser preconizado nas adolescentes que pretendam este método de contraceção.

RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. O aconselhamento contraceptivo deve ser integrado no âmbito da promoção de um estilo de vida saudável.
2. Reforçar a importância da vacinação contra a infeção HPV.
3. Reforçar a noção de que o risco de gravidez e IST é independente da idade e da frequência da relação sexual.
4. A informação deve ser prestada de forma clara e concisa, sem juízos de valor.
5. Para ganhar a confiança da adolescente, garantir privacidade e confidencialidade, valorizar a sua opinião e obter o seu consentimento.

6. A adolescente deve escolher livremente de acordo com a sua necessidade, expectativa e condição médica.
7. Em adolescentes saudáveis, não existem métodos contraindicados.
8. As adolescentes saudáveis não precisam de exames complementares de diagnóstico.
9. Para promover a adesão à contraceção, explicar os benefícios e efeitos adversos possíveis, dar sugestões práticas e indicações claras para as falhas contraceptivas.
10. É fundamental aconselhar sobre a “dupla proteção” (preservativo e outro método eficaz).
11. As adolescentes assintomáticas não necessitam de exame ginecológico, exceto se o método escolhido for intrauterino.
12. A contraceção de emergência deve constituir uma oportunidade para aconselhamento e início de contraceção eficaz.

Palavras-chave: contraceção, adolescência, aconselhamento

Keywords: contraception, adolescence, counselling

QUADRO XII – Contraceptivos comercializados em Portugal

CONTRACEÇÃO HORMONAL

	ESTROGÉNIO		Etinilestradiol		Sem estrogénio	Valerato de estradiol	Estradiol
	35 µg	30 µg	20 µg	15 µg			
Acetato de ciproterona	X						
Dienogeste		X				X	
Drospirinona		X	X				
Clormadinona		X					
Nomac							X
Acetato de medroxiprogesterona					X		
Desogestrel		X	X	X	X		
Etonogestrel					X		
Norelgestromina			X				
Gestodeno		X	X	X			
Levonorgestrel		X	X		X X*		
Acetato de ulipristal					X*		

CONTRACEÇÃO NÃO HORMONAL

DIU-Cu

Preservativos

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011¹²

* Contraceção de emergência

DIU-Cu - Dispositivo intrauterino de cobre

CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflitos de interesse na realização do presente trabalho.

FONTES DE FINANCIAMENTO

Não existiram fontes externas de financiamento para a realização deste artigo.

AGRADECIMENTOS

Os autores gostariam de agradecer o contributo de Ana Rosa

Costa, Elisabete Santos, Fátima Palma, Filomena Sousa, Isabel Martins, Maria João Trindade e Paulo Fonseca.

CORRESPONDÊNCIA

Silvia Neto
silvia7neto@hotmail.com

Recebido: 14/01/2014

Aceite: 19/03/2014

REFERÊNCIAS

1. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Health Care* 2010;15 Suppl 2:S54-66.
2. Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, *et al.* Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet* 2006;368:1706-28. Erratum in: *Lancet* 2007;369:274.
3. Godeau E, Nic Gabhainn S, Zannotti C. A profile of young people's sexual behaviour: findings from the health behaviour in school-aged children survey. *Entre Nous*, 2011;72:24-6.
4. Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer. Geneva, World Health Organization, 2010.
5. Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E, Gabhainn SN. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *J Adolesc Health* 2010;47:389-98.
6. Sabia JJ, Rees DI. The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. *J Health Econ* 2008;27:1368-81.
7. Health Behaviors in School Aged children (HBSC). Dados nacionais, 2010 [internet]. Acessível em: www.aventurasocial.com
8. 4º Inquérito Nacional de Saúde 2005-2006. Instituto Nacional de Estatística.
9. Relatório dos registos das interrupções da gravidez ao abrigo de lei 16/2007 de 17 de abril [internet]. Acessível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
10. DR nº 22- I Série. Portaria nº 52/85 de 26 de janeiro [internet] Acessível em: <http://www.spdc.pt/index.php/documentacao/legislacao/contracecao>
11. DR nº 240-I Série – A. Lei nº 120/99 de 11 de agosto [internet] Acessível em: <http://www.spdc.pt/index.php/documentacao/legislacao/contracecao>
12. Consenso sobre contraceção 2011 [internet] Acessível em: <http://www.spdc.pt>
13. Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition, 2009, WHO.
14. Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV) [internet] Acessível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>
15. Consenso sobre infeção HPV e lesões intracervicais do colo, vagina e vulva 2011 [internet] Acessível em: <http://www.spginecologia.pt/>
16. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. Cuidados de Saúde Primários em 2011-2016: reforçar, expandir. Contribuição para o Plano Nacional de Saúde. Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde. Lisboa, 2010:27-30.