

	Contraceção na adolescência
<p>Secção de Medicina do Adolescente Sociedade Portuguesa de Pediatria</p>  <p>Sociedade Portuguesa de Contraceção</p>	Recomendações para o aconselhamento contracetivo

Autores:

Sílvia Neto, Teresa Bombas, Cláudia Arriaga, Maria do Céu Almeida, Pascoal Moleiro

Colaboradores:

Elisabete Santos, Fátima Palma, Filomena Sousa, Isabel Martins, Maria João Trindade, Marisa Pinheiro, Paulo Fonseca

Índice

Abreviaturas:	3
Introdução	4
Objetivo.....	4
Aconselhamento.....	4
Métodos de contraceção disponíveis em Portugal	5
Crítérios médicos de elegibilidade para o uso de contracetivos na adolescência.....	5
Exame clínico e/ou investigação complementar a realizar para a disponibilização de um contracetivo	6
Métodos de contraceção e adolescência ⁽¹²⁾⁽¹³⁾ :	7
1. Métodos naturais	7
2. Métodos Barreira:.....	7
3. Métodos Contracetivos Hormonais Combinados (CHC).....	8
4. Métodos hormonais só com progestativos	10
5. Contraceção intrauterina	11
6. Contraceção de emergência (CE).....	12
Recomendações finais.....	14
Bibliografia	15
Anexo 1: Fluxograma de aconselhamento contracetivo em adolescentes	16
Anexo 2: Contraindicações e advertências para o uso de contraceção	17
Anexo 3: Programa de rastreio nacional do cancro do colo do útero.....	18
Anexo 4: Efeito dos progestativos nos recetores hormonais	18
Anexo 5: Interações farmacológicas dos CHC.....	19
Anexo 6: Orientações práticas por grupo de fármacos relativamente ao uso de CHC.....	19
Anexo 7: Contracetivos comercializados em Portugal.....	20

Abreviaturas:

AUP – Acetato de ulipristal

CHC – Contraceção hormonal combinada

COC – Contraceção oral combinada

CE – Contraceção de emergência

DIU – dispositivo intrauterino

EE – Etinilestradiol

IMC – Índice de massa corporal

IST – Infecções de Transmissão Sexual

LT- Laqueação tubar

LNG – Levonorgestrel

PO- Progestativo oral

SD – Desvio padrão

SIU- Sistema intrauterino

TA – Tensão arterial

Introdução

É na adolescência que a maioria dos jovens inicia a atividade sexual (1). Estudos recentes sugerem que a idade de início da atividade sexual está a diminuir nos países industrializados e a prevalência de infecções sexualmente transmissíveis a subir (IST) (2)(3). A taxa de fertilidade varia entre os países, estimando-se que cerca de 15 milhões de adolescentes sejam mães por ano (4). O abuso de álcool, o uso de drogas ilícitas, o insucesso escolar e o abandono escolar são fatores de risco para o início da atividade sexual em idades mais jovens, para a gravidez e para as IST (4-6).

Os 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 proteção das IST (7)(8).

O número de interrupções de gravidez em adolescentes tem vindo sucessivamente a diminuir. Em 2011, foram realizadas em adolescentes 7% das interrupções (9).

Os adolescentes são considerados 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 em adolescentes mas, não deve ser o único elemento presente 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, abordando-se a sexualidade numa 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

Métodos contraceptivos	Tipos
Naturais	Calendário Coito interrompido Muco cervical Temperatura basal
Barreira	Preservativo masculino
Hormonal	Combinada (CHC): <ul style="list-style-type: none">- oral (COC)- anel vaginal- sistema transdérmico Progestativa: <ul style="list-style-type: none">- oral (PO)- injetável- implante- sistema intrauterino Emergência: <ul style="list-style-type: none">- oral Sistema intrauterino (SIU)
Não hormonal	Dispositivo intrauterino (DIU)
Cirúrgica	Laqueação tubar (LT) Vasectomia

Tabela 1. Métodos contraceptivos

CrITÉRIOS MÉDICOS DE elegibilidade para o uso de contraceptivos na adolescência

A idade por si só não constitui limitação ou contraindicação à utilização de qualquer método contraceptivo (12)(13). A maioria dos métodos de contraceção pode ser usada sem restrições (anexo 1).

Existem, no entanto, situações médicas em que o uso de alguns tipos contraceptivos é suscetível de aumentar os riscos para a saúde. Nestas situações a escolha contraceptiva deve ser realizada de forma multidisciplinar, incluindo o apoio do Ginecologista, considerando as recomendações relativas aos critérios médicos de elegibilidade segundo a orientação da Organização Mundial de Saúde (OMS) (anexo 2) (13).

Exame clínico e/ou investigação complementar a realizar para a disponibilização de um contraceutivo

Na sua maioria os adolescentes são saudáveis. A avaliação da tensão arterial (TA), peso/Índice de massa corporal (IMC) são os únicos parâmetros clínicos recomendados para a maioria dos métodos (tabela 2) (12)(13).

Exame/ Teste	CHC (oral, anel, transdérmico)	Progestativo oral	Progestativo injetável	Implante	DIU (Cu) e SIU (LNG)
Avaliação TA	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

Tabela 2 – Avaliação necessária para início do uso de um método de contraceção

Fonte: Adaptado da OMS (2009). DIU-Cu= Dispositivo intrauterino de cobre; SIU-LNG=Dispositivo intrauterino de Levonorgestrel; LT= Laqueação tubar; TA = tensão arterial

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

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

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

Mensagens importantes:

- (1) **Uma consulta é uma oportunidade de aconselhamento no âmbito da promoção de um estilo de vida saudável.**
- (2) 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 contraceutivos hormonais e para o rastreio das perturbações do comportamento alimentar.
- (3) As adolescentes assintomáticas não necessitam de exame ginecológico para iniciar contraceção exceto se o método escolhido for o DIU ou o SIU no momento da sua colocação.
- (4) O rastreio do cancro do colo do útero deve ser realizado nas adolescentes de acordo com o programa nacional (anexo 3) (14).

- (5) Deve ser promovida a vacinação profilática contra o HPV, administrada universalmente e de forma gratuita no Plano Nacional de Vacinação (PNV) (15).
- (6) 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 (anexo 1).

Métodos de contraceção e adolescência⁽¹²⁾⁽¹³⁾:

1. Métodos naturais

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

Mensagens importantes:

- (1) Não são aconselhados a adolescentes.
 - (2) Não protegem das IST.
 - (3) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.
- Estes métodos requerem que a adolescente tenha ciclos regulares e aprenda a identificar o período fértil, conhecendo as modificações fisiológicas do ciclo menstrual.
 - Requerem períodos de abstinência
 - Requerem colaboração e motivação.

2. Métodos Barreira:

- Preservativo masculino

Mensagens importantes:

- (1) Único método que protege 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.

Preservativo masculino	
Eficácia	- Depende do uso correto (3 a 14% falhas no 1º ano de uso)
Vantagens	- Fácil aquisição - Não necessita de vigilância médica - Previne as IST - Envolvimento masculino

Desvantagens	- A eficácia depende do uso correto
Precauções	- Alergia ao látex ^(*) - O uso de lubrificantes não aquosos pode alterar a integridade do preservativo

Tabela 3 – Características do preservativo masculino

^(*) 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. Métodos Contraceptivos Hormonais Combinados (CHC)

Mensagens importantes:

- (1) Métodos mais utilizados por adolescentes.
- (2) Não previnem das IST: deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.
- (3) Promover o início imediato da contraceção (no próprio dia da consulta):
 - Ao iniciar em qualquer dia do ciclo, são necessário 7 dias para obter uma eficácia contraceptiva pelo que a proteção da gravidez deve assegurada com o uso de um preservativo
 - Ao iniciar no 1º dia da menstruação a eficácia contraceptiva é imediata.
- (4) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.

	Pílula (COC)	Anel vaginal	Sistema transdérmico (“Selo”)
Eficácia	99,7% (uso correto)		
Composição (estrogénio e progesterona) (anexo 7)	Variável na dose e composição	15 µg de EE + 120 µg de etonorgestrel (metabolito ativo do desogestrel)	20 µg de EE + 150 µg de norelgestromina (NGMN) (metabolito ativo do norgestimate)
Mecanismo de ação	Inibição da ovulação		
Vantagens	Fácil aquisição.		
	- Método mais conhecido das adolescentes	- Uso mensal - A eficácia não é afetada por vômitos e diarreia;	- Uso semanal - A eficácia não é afetada por diarreia e vômitos;
Desvantagens	A eficácia pode ser afetada por alguns fármacos (anexo 5,6)		
	- Toma diária - A eficácia pode ser afetada por vômitos e diarreia.	- Introdução vaginal	- Eficácia contraceptiva não garantida em mulheres com >90 Kg - Irritabilidade cutânea ocasional
Benefícios não contraceptivos	1. Controle do ciclo 2. Melhoria da dismenorrea. 3. Diminuição do volume das perdas menstruais		

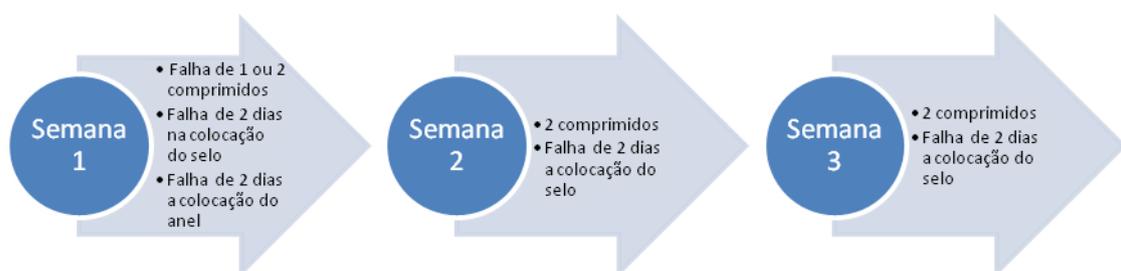
	<p>4. Prevenção dos quistos anexiais</p> <p>5. Melhoria da acne e hirsutismo</p> <p>(Os benefícios contraceptivos são comuns aos vários contraceptivos hormonais combinados, independentes da forma de administração e dependentes da dose e tipo de estroprogestativo usado) (anexo 4 e 7)</p>
--	---

Tabela 4 – Caracterização dos métodos contraceptivos hormonais combinados.

Aspetos práticos:

- (1) Numa adolescente 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 30µg, sendo a diminuição aconselhada á medida que aumenta o IMC.
- (2) Numa adolescente obesa (IMC \geq 2SD) um CHC deve ser usado apenas se outros métodos não estiverem disponíveis ou não forem aceites pelo risco de tromboembolismo venoso (TEV).
- (3) 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 (anexo 1,4)
- (4) É aceitável o uso da CHC de forma contínua, sem intervalo de tempo livre de uso do contraceptivo
- (5) Em caso de esquecimento/ alteração gastrointestinal, aconselhar segundo o esquema:

Esquecimento de contraceção hormonal diária/semana/mensal:



- Fazer CE, se RS sem proteção
 - Continuar o uso do método e usar preservativo durante 7 dias para proteção da gravidez

- Não é necessário CE.
 - Continuar o contraceptivo.

- Não é necessário CE.
 - Suspender o contraceptivo e iniciar uma nova embalagem após 7 ou 4 dias de pausa (num contraceptivo de 21/7 ou 24/4 respetivamente)

4. Métodos hormonais só com progestativos

Mensagens importantes:

- (1) O uso de um progestativo isolado deve ser considerado como primeira linha em adolescentes com contra-indicação ao uso de estrogénios (anexo 2).
- (2) O implante contraceutivo é um método de 1ª 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 agravar a doença.
- (4) Nas adolescentes obesas ($IMC \geq 2SD$) que aceitem a amenorreia e/ou hemorragias irregulares e imprevisíveis a contraceção com progestativo isolado deve ser uma 1ª 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 das IST: deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.
- (7) Promover o início imediato da contraceção (no próprio dia da consulta):
 - Ao iniciar em qualquer dia do ciclo, são necessário 7 dias para obter uma eficácia contracetiva pelo que para proteção da gravidez deve assegurada com o uso de um preservativo
 - Ao iniciar no 1º dia da menstruação a eficácia contracetiva é imediata.
- (6) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência

	Pílula só com progestativo	Implante	Injectável
Eficácia	99,7% (uso correto)		
Composição (anexo 7)	Desogestrel	Etonorgestrel 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	Amenorreia ou espaniomenorreia		
	- O seu uso não depende de um profissional de saúde	- Contraceção de longa duração (3 anos) - Eficácia não dependente da utilizadora	- Uso trimestral
	- Eficácia não alterada por perturbações gastrointestinais		
Desvantagens	Hemorragias de privação irregulares e imprevisíveis		
	- Toma diária	- A colocação deve ser realizada por um profissional de saúde	- A colocação deve ser realizada por um profissional de saúde
	A eficácia pode ser afetada por alguns fármacos (anexo 5,6)		-Risco de alteração do metabolismo ósseo quando usado por períodos prolongados - Alteração de peso
Benefícios não contraceptivos	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria da dismenorreia - Diminuição do volume das perdas menstruais - Prevenção de quistos anexiais 		

Tabela 5 – Caracterização de métodos contraceptivos hormonais com progestativo isolado

Aspetos práticos:

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

5. Contraceção intrauterina

Mensagens importantes:

- (1) Os dispositivos intrauterinos não previnem das IST pelo que deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.
- (2) Método indicado para adolescentes que pretendam um método de longa duração cuja eficácia seja independente da colaboração da utilizadora.
- (3) Realizar de acordo com o preconizado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016 o rastreio universal da *Chlamydia* (16). 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 (anexo 3)

	DIU cobre	SIU levonorgestrel
Eficácia	99,9% (uso correto)	
Considerações	<ul style="list-style-type: none"> Para adolescentes que pretendam um método de longa duração Sem contra-indicação em adolescentes 	
		<ul style="list-style-type: none"> Para adolescentes que aceitem a amenorreia ou as perdas imprevisíveis.
Mecanismo de ação	<ul style="list-style-type: none"> Reação inflamatória do endométrio que impede a nidificação Toxicidade para o esperma e para o óvulo (e portanto impede o processo de fecundação) 	<ul style="list-style-type: none"> Espessamento do muco cervical que impede a progressão do espermatozóide Alteração do endométrio que impede a nidificação Em 25% dos casos inibe a ovulação
Vantagens	<ul style="list-style-type: none"> Contraceção de longa duração (7 anos) Mantém a regularidade dos ciclos Pode ser usado como método de contraceção de emergência 	<ul style="list-style-type: none"> Contraceção de longa duração (5 anos) Melhoria das menorragias Amenorreia ou perdas escassas e imprevisíveis
Desvantagens	<ul style="list-style-type: none"> Exige exame ginecológico para a colocação 	
	<ul style="list-style-type: none"> Não controla a dismenorreia Nos primeiros meses pode ocorrer um aumento ligeiro do fluxo 	<ul style="list-style-type: none"> Nos primeiros meses podem ocorrer perdas hemáticas irregulares mas escassas

Tabela 6 – Caracterização dos métodos contraceptivos intrauterinos.

Aspetos práticos:

- (1) Se a colocação for no 1º dia do ciclo não é necessário o uso de preservativo para prevenir uma gravidez
- (2) Se a colocação for em qualquer dia do ciclo:
 - a. O DIU de cobre confere uma contraceção imediata
 - b. O SIU exige o uso de um preservativo durante 7 dias para prevenção da gravidez.

6. Contraceção de emergência (CE)

Mensagens importantes:

- A última oportunidade na prevenção de uma gravidez nas adolescentes que:
 - (1) Tiveram RS desprotegidas

(2) Tiveram uma falha contracetiva

(3) Violação

Métodos disponíveis: Pilula de LNG, Pilula de AUP e DIU.

	Levonorgestrel (LNG)	Acetato de Ulipristal (AUP)
Indicação	• Relação sexual desprotegida	
Composição (anexo 7)	• Levonorgestrel (1,5mg) • Postinor, Norlevo	• Acetato de Ulipristal (30 mg) • EllaOne
Mecanismo de ação	• Bloqueio ovulação	
Vantagens	• Sem contra-indicação	
	• Venda livre • Disponível nas consultas de Planeamento Familiar	• Eficaz até 5 dias • Eficácia não depende da precocidade da toma.
Desvantagens	• Não protege das IST	
	• A eficácia depende da precocidade da toma (Eficaz até 72 após RS de risco, diminuindo a eficácia durante este período de tempo)	• Prescrição obrigatória • Preço • Não disponível nas consultas de Planeamento Familiar
Considerações	• A toma repetitiva é indicativa de necessidade de revisão do método de contraceção usado	

Tabela 7 – Caracterização de contraceção de emergência.

Aspetos práticos:

- (1) Para a CE com LNG a eficácia máxima é obtida nas primeiras 24h.
- (2) Embora não comparável deve ser reforçada a mensagem que a eficácia contracetiva é inferior a qualquer dos métodos de contraceção de uso regular.
- (3) O início de um contracetivo pode ser imediato à contraceção de emergência.
- (4) A adolescente deve realizar um teste de gravidez 3 semanas após a toma de contraceção de emergência se não tiver menstruação.
- (5) Em caso de utilizadoras de fármacos indutores enzimáticos usar 2 comprimidos de levonorgestrel (3mg) ou utilizar o DIU.
- (6) Verifica-se uma alteração da menstruação até 7 dias no ciclo de utilização da CE

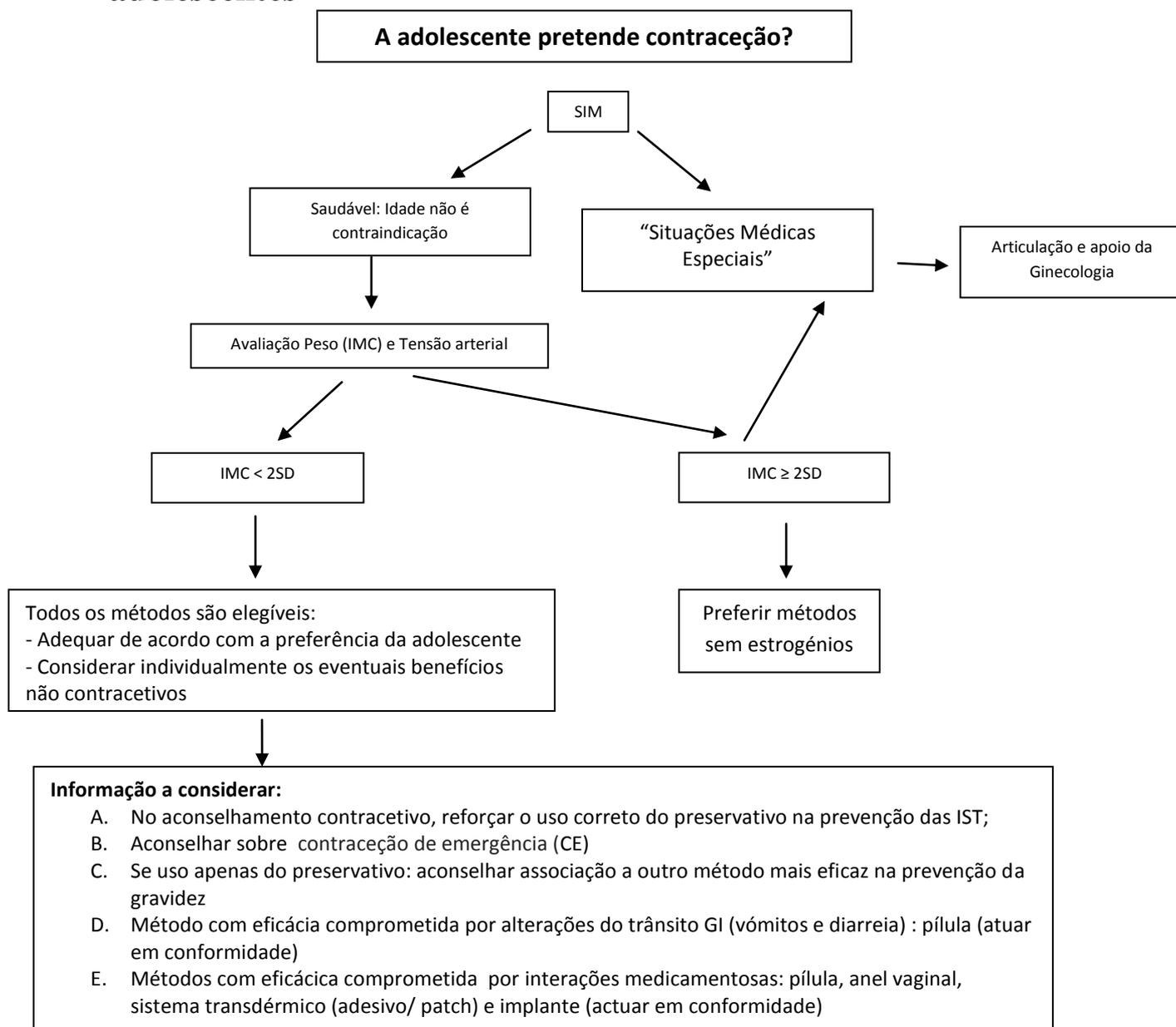
Recomendações finais

- 1. O aconselhamento contraceutivo deve ser integrado no âmbito da promoção de um estilo de vida saudável**
- 2. Reforçar a noção de que o risco de gravidez e IST é independente da idade e da frequência da relação sexual.**
- 3. A informação deve ser prestada de forma clara e concisa, sem juízos de valor**
- 4. Para ganhar a confiança da adolescente, garantir privacidade e confidencialidade, valorizar a sua opinião e obter o seu consentimento**
- 5. A adolescente deve escolher livremente de acordo com a sua necessidade, expectativa e condição médica**
- 6. Em adolescentes saudáveis, não existem métodos contraindicados**
- 7. As adolescentes saudáveis não precisam de exames complementares de diagnóstico**
- 8. Para promover a adesão à contraceção, explicar benefícios e efeitos adversos possíveis, dar sugestões práticas e indicações claras para as falhas contracetivas**
- 9. É fundamental aconselhar sobre a “Dupla Proteção” (preservativo e outro método eficaz)**
- 10. As adolescentes assintomáticas não necessitam de exame ginecológico, exceto se o método escolhido for intrauterino**
- 11. A contraceção de emergência deve constituir uma oportunidade para uma contraceção eficaz.**

Bibliografia

- (1) Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 2010, 15(Suppl. 2):S54–S66.
- (2) Wellings K et al. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*, 2006, 368(9548):1706–1728.
- (3) Godeau E et al. A profile of young people's sexual behaviour: findings from the Health Behaviour in School-aged Children study. *Entre Nous*, 2011, 72:24–27.
- (4) *Position paper on mainstreaming adolescent pregnancy in efforts to make pregnancy safer*. Geneva, World Health Organization, 2010.
- (5) Madkour AS et al. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: a comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, 2010,47(4):389–398.
- (6) Sabia JJ, Rees DI. The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. *Journal of Health Economics*, 2008,27(5):1368–1381.
- (7) Health Behaviors in School Aged children (HBSC) dados nacionais, 2010. Site: 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, site: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- (10) DR nº 22- I Série. Portaria nº 52/85 de 26 de Janeiro. <http://www.spdc.pt/index.php/documentacao/legislacao/contracecao>
- (11) DR nº 240-I Série – A. Lei nº 120/99 de 11 de Agosto <http://www.spdc.pt/index.php/documentacao/legislacao/contracecao>
- (12) Consenso sobre contraceção 2011. http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11_11363_2.pdf
- (13) Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition, 2009, WHO.
- (14) http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso_definitivo.pdf
- (15) Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV): <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009812.pdf>
- (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, Novembro 2010:27-30.

Anexos 1: Fluxograma de aconselhamento contraceutivo em adolescentes



Benefícios não contracetivos dos métodos contracetivos:

1. Proteção das IST (preservativo)
2. Controlo do ciclo (CHC)
3. Diminuição das perdas menstruais (métodos hormonais)
4. Diminuição da dismenorrea (métodos hormonais)
5. Diminuição do hirsutismo (progestativo com ação anti-androgénica) **(anexo 4)**
6. Diminuição da acne (progestativo com ação anti-androgénica) **(anexo 4)**
7. Prevenção dos quistos anexiais (métodos anovulatórios)

Anexo 2: Contraindicações e advertências para o uso de contraceção

	CHC (oral, vaginal, transdérmico)	Métodos só com progestativos	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 (1º g)	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
D. VALVULAR CARDÍACA:				
- Não complicada	2	1	1	1
- Complicada (HTA pulmonar ...)	4	1	2	2
AVC (atual ou antecedentes)	4	3	1	2
DISLIPIDÉMIAS (conhecidas)	2/3	2	1	2
OBESIDADE (IMC > 2SD)	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
LES:				
- Acs antifosfolipídicos +	4	3	1	3
- Trombocitopenia grave	2	2	2	2
- Tratamento imunossupressor	2	2	1	2
- Nenhum dos anteriores	2	2	1	2
MIGRAINE com aura	4	3	1	3
TUMORES HEPÁTICOS				
- Adenoma hepatocelular	4	3	1	3
- Hepatoma (maligno)	4	3	1	3
HEPATITE viral 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 2011 (12), Critérios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos, 4ª edição, 2009.OMS (13)

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.

HTA - hipertensão arterial; TEV – tromboembolismo venoso; EP – embolia pulmonar; AVC – acidente vascular cerebral; LES – lupus eritematoso sistémico; SD – desvio padrão

Anexo 3: Programa de rastreio nacional do cancro do colo do útero

O *Rastreio Oportunista* faz parte dos cuidados personalizados de saúde. Nesse contexto, a decisão da data de início do rastreio é uma decisão ponderada caso a caso, em que a principal preocupação deve ser a de não prejudicar quem procura cuidados de saúde. O cancro do colo do útero é uma raridade antes dos 21 anos e nos 3 primeiros anos do início do coito, pelo que o início do rastreio antes dos 21 anos e nos primeiros 3 anos de atividade sexual deve ser desencorajado.

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%. Segundo as *Guidelines* europeias, deve ser iniciado entre os 25 e os 30 anos e terminar aos 65, com uma periodicidade de 3 a 5 anos.

Anexos 4: Efeito dos progestativos nos recetores hormonais

Progestativo	Estrogénico	Androgénicos	Antiandrogénico	Antimineralocorticoíde
Levonorgestel	(+)	(+)	-	-
Gestodeno	-	(+)	-	-
Desogestrel	-	(+)	-	-
Acetato de medroxiprogesterona	-	(+)	-	-
Acetato de ciproterona	-	-	+++	-
Acetato de cloromadinona	-	-	(+)	-
Dienogeste	-	-	++	-

Norgestimate	-	-	(+)	-
Drospirenona	-	-	(+)	+
Nomac	-	-	-	-

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

Anexo 5: Interações farmacológicas dos CHC

Diminuem a eficácia contraceptiva	Aumentam a atividade do CHC	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	Diazepan	
Fenitoina	Sumo de uva	Alprazolam	
Primidona	Nefazadona	Nitrazepan	
Lamotrigine	Vitamina C	Triazolam	
Rifampicina		Propranolol	
Ritonavir		Imipramina	
Erva de São João		Fenitoina	
Topiramato		Selegina	
		Teofilina	

Anexo 6: Orientações práticas por grupo de fármacos relativamente ao uso de CHC

Grupo de Fármacos	Comentário	Orientação
Antibióticos	A eficácia da CHC não é directamente afectada por um AB de largo espectro Excepções: Rifampicina, Rifanbutina	Os AB 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 7 dias seguintes. Ponderar o uso de CE se RS desprotegidas
Anti-fúngicos e antiparasitários	Sem interferência nos CHC excepto no uso prolongado de griseofulvina	Sem necessidade de protecção 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
Anti-retrovirais	Interferem com a eficácia dos CHC (Ritonavir)	Ponderar a utilização de outro método de contracepção

Anexo 7: Contraceptivos comercializados em Portugal

Estrogénio	Dosagem	Progestagénio	Dosagem	Nome comercial	Embalagem	Comparticipação
Etinilestradiol	0.02 mg	Levonorgestrel	0.1 mg	Miranova	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Levonorgestrel	0.15 mg	Microginon	21 comp	69%
Etinilestradiol	0.03/ 0.04 mg	Levonorgestrel	0.05/ 0.75/ 0.125 mg	Trinordiol	21 comp	69%
Etinilestradiol	0.015 mg	Gestodeno	0.06 mg	Microgeste	28/ 84 comp	69%
Etinilestradiol	0.015 mg	Gestodeno	0.06 mg	Minesse	28/ 84 comp	69%
Etinilestradiol	0.02 mg	Gestodeno	0.075 mg	Minigeste	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.02 mg	Gestodeno	0.075 mg	Harmonet	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.02 mg	Gestodeno	0.075 mg	Estinette	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.02 mg	Gestodeno	0.075 mg	Etinilestradiol/ Gestodeno	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.02 mg	Gestodeno	0.075 mg	Etinilestradiol/ Gestodeno	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Gestodeno	0.075 mg	Gynera	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Gestodeno	0.075 mg	Minulet	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Gestodeno	0.075 mg	Effiplen	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Gestodeno	0.075 mg	Etinilestradiol/ Gestodeno	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Gestodeno	0.075 mg	Etinilestradiol/ Gestodeno	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03/ 0.04 mg	Gestodeno	0.05/ 0.07/ 0.1 mg	Tri-Gynera	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03/ 0.04 mg	Gestodeno	0.05/ 0.07/ 0.1 mg	Tri-Minulet	21 comp	69%
Etinilestradiol	0.02 mg	Desogestrel	0.15 mg	Mercilon	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.02 mg	Desogestrel	0.15 mg	Novynette	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Desogestrel	0.15 mg	Marvelon	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03/ 0.04 mg	Desogestrel	0.025/ 0.125 mg	Gracial	22 comp	0%

Etinilestradiol	0.02 mg	Drospirenona	3 mg	Yasminelle	21/ 63 comp	0%
Etinilestradiol	0.02 mg	Drospirenona	3 mg	Yaz	28/ 84 comp	0%
Etinilestradiol	0.03 mg	Drospirenona	3 mg	Yasmin	21 comp	0%
Etinilestradiol	0.02 mg	Drospirenona	3 mg	Daylette	21/ 63 comp	0%
Etinilestradiol	0.02 mg	Drospirenona	3 mg	Arankelle	28/ 84 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Drospirenona	3 mg	Aranka	21 comp	0%
Etinilestradiol	0.02 mg	Drospirenona	3 mg	Drosurall	21/ 63 comp	0%
Etinilestradiol	0.02 mg	Drospirenona	3 mg	Droseffik	28/ 84 comp	0%
Etinilestradiol	0.03 mg	Drospirenona	3 mg	Drosure	21 comp	0%
Etinilestradiol	0.035 mg	Acetato de Ciproterona	2 mg	Diane 35	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.035 mg	Acetato de Ciproterona	2 mg	Etinilestradiol/ Acetato de Ciproterona	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.035 mg	Acetato de Ciproterona	2 mg	Etinilestradiol/ Acetato de Ciproterona	21/ 63 comp	69%
Etinilestradiol	0.03 mg	Acetato de Cloromadinona	2 mg	Belara	21/ 63 comp	0%
Etinilestradiol	0.03 mg	Acetato de Cloromadinona	2 mg	Libeli	21/ 63 comp	0%
Etinilestradiol	0.03 mg	Dienogest	2 mg	Valette	21 comp	0%
Etinilestradiol	0.03 mg	Dienogest	2 mg	Denille	21 / 63 comp	0%
Valerato de Estradiol	1/ 2/ 3 mg	Dienogest	2/ 3 mg	Qlaira	28/ 84 comp	0%
Etinilestradiol	2,7 mg (0.015 mg)	Etonogestrel	11,7 mg (0.12 mg)	Nuvaring	1 sistema	0%
Etinilestradiol	0.6 mg (0.0339 mg)	Norelgestromina	6 mg (0.203 mg)	Evra	3/ 9 sistemas	0%
		Desogestrel	0.075 mg	Cerazette	28/ 84 comp	69%
Estradiol	1,5 mg	NOMAC	2,5 mg	Zoely	24/4	0%
		Levonorgestrel	52 mg	Mirena	Dispositivo - 5 anos	69%
		Etonogestrel	68 mg	Implanon NXT	Implante - 3 anos	69%

		Acetato de Medroxiprogesterona	150 mg	Depo-Provera 150	Seringa - 3 meses	69%
Etinilestradiol	0.05 mg	Levonorgestrel	250 mg	Tetragynon (1)	4 comp	0%
		Levonorgestrel	1.5 mg	Postinor (1)	1 comp	MNSRM
		Levonorgestrel	1.5 mg	Norlevo (1)	1 comp	MNSRM
		Acetato de Ulipristal	30 mg	EllaOne	1 comp	0%
		NÃO-HORMONAIS				
	Nome comercial	Gratuitos no SNS				
DIU cobre	Nova T 375	Sim				
	Multiload 375	Sim				
Preservativos		Sim				
<p>Legenda</p> <p>(1) Contraceptivos de emergência</p>						