

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

**Autores:**

Sílvia Neto<sup>1</sup>, Teresa Bombas<sup>2</sup>, Cláudia Arriaga<sup>1</sup>, Maria do Céu Almeida<sup>3</sup>, Pascoal Moleiro<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Serviço 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)

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

<sup>3</sup> Maternidade Bissaya Barreto, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, em representação da Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC)

**Colaboradores:**

Ana Rosa Costa, Elisabete Santos, Fátima Palma, Filomena Sousa, Isabel Martins, Maria João Trindade, Paulo Fonseca

## ÍNDICE

Abreviaturas.....	3
Introdução.....	4
Objetivo.....	5
Aconselhamento.....	5
Métodos de contraceção disponíveis em Portugal.....	6
Crítérios médicos de elegibilidade para o uso de contracetivos na adolescência.....	6
Exame clínico e/ou investigação complementar a realizar para a disponibilização de um contracetivo.....	7
Métodos de contraceção.....	8
1. Métodos Naturais.....	8
2. Métodos Barreira.....	9
3. Métodos Hormonais Combinados.....	10
4. Métodos Hormonais só com progestativos.....	12
5. Métodos Intrauterinos.....	14
6. Contraceção de emergência.....	15
Recomendações finais.....	17
Bibliografia.....	18
Anexos 1: Fluxograma de aconselhamento contracetivo em adolescentes.....	19
Anexo 2: Contraindicações e advertências para o uso de contraceção.....	19
Anexo 3: Programa nacional de rastreio do cancro do colo do útero.....	21
Anexos 4: Efeito dos progestativos nos recetores hormonais.....	21
Anexo 5: Interações farmacológicas dos CHC.....	22
Anexo 6: Orientações práticas em farmacoterapia.....	22
Anexo 7: Contracetivos comercializados em Portugal.....	23

## ABREVIATURAS

AUP – Acetato de ulipristal

AVC – Acidente vascular cerebral

CHC – Contraceção hormonal combinada

COC – Contraceção oral combinada

COP – Contraceção oral com progestativo isolado

CP- Contracepção com progestativo isolado

DIU – Dispositivo intrauterino

CE – Contraceção de emergência

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 tubar

LES – Lupus eritematoso sistémico

LNG – Levonorgestrel

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNV – Programa nacional de vacinação

SD – Desvio padrão

SIU – Sistema intrauterino

TA – Tensão arterial

TEV – Tromboembolismo venoso

## INTRODUÇÃO

É na adolescência que a maioria dos jovens inicia a atividade sexual.<sup>1</sup> 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 subir.<sup>2,3</sup> A taxa de fertilidade varia entre os países, estimando-se que cerca de 15 milhões de adolescentes sejam mães por ano.<sup>4</sup> 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 IST.<sup>4-6</sup>

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.<sup>7,8</sup>

Em Portugal, o número de adolescentes que engravidam por ano, tem vindo a diminuir gradualmente o que se reflecte no decréscimo no número de adolescentes que são mães e no número de interrupções de gravidez realizadas em adolescentes.<sup>9</sup>

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”*.<sup>10,11</sup>

## **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 e feminino
Hormonal	Combinada (CHC): <ul style="list-style-type: none"><li>- oral (COC)</li><li>- anel vaginal</li><li>- sistema transdérmico</li></ul> Progestativa (CP): <ul style="list-style-type: none"><li>- oral (COP)</li><li>- injetável</li><li>- implante</li><li>- Sistema intrauterino (SIU)</li></ul>
Não hormonal	Dispositivo intrauterino (DIU)
De emergência	Hormonal: oral Não hormonal: Dispositivo intrauterino (DIU)
Cirúrgicos	Laqueação tubar (LT) Vasectomia

**Quadro I** - Métodos contraceptivos<sup>12</sup>.

Adaptado de: *Consensos sobre Contraceção 2011*

## 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.<sup>12,13</sup> 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 da Ginecologia, considerando as recomendações atualmente vigentes nos *Crítérios Médicos de Elegibilidade para o uso de contraceptivos* da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>13</sup>-(Anexo 2).

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

Na sua maioria os adolescentes são saudáveis. A avaliação da tensão arterial (TA), peso/índice de massa corporal (IMC) são os únicos parâmetros clínicos cuja avaliação é recomendada antes da disponibilização da maioria dos métodos (Quadro II).<sup>12,13</sup>

Exame/ Teste	CHC (oral, anel, transdérmico)	Progestativo oral	Progestativo injectável	Implante	DIU (Cu) 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

**Quadro II** - Avaliação necessária para início do uso de um método de contraceção

Fonte: Adaptado de OMS (2009)<sup>13</sup>.

DIU-Cu= Dispositivo intrauterino de cobre; SIU-LNG=Dispositivo intra-uterino de Levonorgestrel;

LT= Laqueação tubar; TA = tensão 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**

### 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 (Anexo 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 DIU ou o SIU no momento da sua colocação.
- (5) Deve ser promovida a vacinação profilática contra o HPV, administrada universalmente e de forma gratuita no Programa Nacional de Vacinação (PNV).<sup>14</sup>
- (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 (Anexo 3).<sup>15</sup>

## MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO<sup>(12,13)</sup>

### 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 e feminino

### 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	Preservativo feminino
<b>Eficácia</b>	- Depende do uso correto	
<b>Vantagens</b>	- Fácil aquisição - Não necessita de vigilância médica - Previne as IST - Envolvimento masculino	- Não necessita de vigilância médica; - Previne as IST;
<b>Desvantagens</b>	- A eficácia depende do uso correto	- Difícil aquisição - A eficácia depende do uso correto; - A colocação correta exige um conhecimento da anatomia feminina.
<b>Precauções</b>	- Alergia ao látex <sup>(*)</sup> - O uso de lubrificantes não aquosos pode alterar a integridade do preservativo	

**Quadro III** - Características do preservativo masculino e feminino

Fonte: Adaptado de *Consensos sobre Contraceção 2011*

<sup>(\*)</sup> 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 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) A contraceção pode ser iniciada no dia da consulta (*Quick Start*):
  - Ao iniciar em qualquer dia do ciclo são necessários 7 dias para obter uma eficácia contracetiva, pelo que a proteção da gravidez deve ser assegurada com o uso de um preservativo
  - Ao iniciar no 1º dia da menstruação a eficácia contracetiva é imediata.
- (4) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.

	Pílula (COC)	Anel vaginal	Sistema transdérmico ("Selo")
<b>Eficácia</b>	99,7% (se uso correto)		
<b>Composição (estrogénio e progesterona)</b> (Anexo 7)	Variável na dose e composição	15 µg de Etinilestradiol (EE) + 120 µg de etonorgestrel (metabolito ativo do desogestrel)	20 µg de EE + 150 µg de norelgestromina (NGMN) (metabolito ativo do norgestimato)
<b>Mecanismo de ação</b>	Inibição da ovulação		
<b>Vantagens</b>	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
<b>Desvantagens</b>	-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 contracetiva não garantida em mulheres com > 90 Kg - Irritabilidade cutânea ocasional
<b>Benefícios não contracetivos</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Controle do ciclo</li> <li>2. Melhoria da dismenorrea</li> <li>3. Diminuição do volume das perdas menstruais</li> <li>4. Prevenção dos quistos anexiais</li> <li>5. Melhoria da acne e hirsutismo</li> </ol> (Os benefícios contracetivos e não contracetivos são comuns aos vários contracetivos hormonais combinados, independentes da forma de administração e dependentes da dose e tipo de estroprogestativo usado) (Anexo 4 e 7)		

**Quadro IV** - Caracterização dos métodos contracetivos hormonais combinados.

Fonte: Adaptado de *Consensos sobre Contraceção 2011*

## 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  $\geq$  2SD em curvas da OMS ou IMC  $\geq$  P95 em curvas do CDC) um CHC deve ser usado apenas se outros métodos não estiverem disponíveis ou não forem aceites, pelo risco de tromboembolismo venoso (TEV).
- (3) Nas adolescentes com hábitos tabágicos, e na presença de outros factores 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 (Anexo 1,4).
- (5) As formulações de contraceção hormonal combinada 21/7, podem ser usadas de forma contínua, isto é, sem o intervalo de 7 dias para a hemorragia de privação.
- (6) Em caso de esquecimento/ alteração gastrointestinal, aconselhar segundo o esquema:

### Esquecimento de contraceção hormonal diária/semana/mensal



- Fazer CE, se relação sexual 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 contraindicação 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 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 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 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 7 dias para obter uma eficácia contraceptiva, pelo que deve ser usado um preservativo durante este período de tempo.
  - Ao iniciar no 1º dia da menstruação a eficácia contraceptiva é imediata.
- (8) É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência

	Pílula só com progestativo (COP)	Implante	Injectável
<b>Eficácia</b>	99,7% (uso correto)		
<b>Composição</b> (anexo 7)	Desogestrel	Etonogestrel (metabolito ativo do desogestrel)	Acetato de medroxiprogesterona
<b>Considerações</b>	- 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
<b>Mecanismo de ação</b>	- Inibição da ovulação - Espessamento do muco cervical - Efeito endometrial		
<b>Vantagens</b>	Amenorreia ou espaniomenorreia		
	- O seu uso não depende de um profissional de saúde	- Contraceção de longa duração (3 anos) - Eficácia não dependente da utilizadora - Eficácia não alterada por perturbações gastrointestinais	- Uso trimestral
<b>Desvantagens</b>	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 - Risco de alteração do metabolismo ósseo quando usado por períodos prolongados - Eventual ganho ponderal
<b>Benefícios não contraceptivos</b>	- Melhoria da dismenorreia - Diminuição do volume das perdas menstruais - Prevenção de quistos anexais hemorrágicos		

**Quadro V** - Caracterização de métodos contraceptivos hormonais com progestativo isolado.

Fonte: Adaptado de *Consensos sobre Contraceção 2011*

#### 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 30 µg de EE se não existir contra-indicação.

## 5. Métodos Intrauterinos

### 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 o rastreio universal da *Chlamydia* de acordo com o preconizado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016<sup>16</sup>. 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
<b>Eficácia</b>	99,9% (se uso correto)	
<b>Considerações</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para adolescentes que pretendam um método de longa duração</li> <li>- Sem contraindicação em adolescentes</li> </ul>	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para adolescentes que aceitem a amenorreia ou as perdas imprevisíveis.</li> </ul>
<b>Mecanismo de ação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reação inflamatória do endométrio que impede a nidação</li> <li>- Toxicidade para o esperma e para o óvulo (e portanto impede o processo de fecundação)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espessamento do muco cervical que impede a progressão do espermatozóide</li> <li>- Alteração do endométrio que impede a nidação</li> <li>- Em 25% dos casos inibe a ovulação</li> </ul>
<b>Vantagens</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contraceção de longa duração (7 anos)</li> <li>- Mantém a regularidade dos ciclos</li> <li>- Pode ser usado como método de contraceção de emergência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contraceção de longa duração (5 anos)</li> <li>- Melhoria das menorragias</li> <li>- Amenorreia ou perdas escassas e imprevisíveis</li> </ul>
<b>Desvantagens</b>	Exige exame ginecológico para a colocação	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não controla a dismenorreia</li> <li>- Nos primeiros meses pode ocorrer um aumento ligeiro do fluxo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nos primeiros meses podem ocorrer perdas hemáticas irregulares mas escassas</li> </ul>

**Quadro VI** - Caracterização dos métodos contraceptivos intrauterinos.

Fonte: Adaptado de *Consensos sobre Contraceção 2011*

### Aspetos práticos:

- (1) Se a colocação for no 1º 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 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)
<b>Indicação</b>	- Relação sexual desprotegida	
<b>Composição</b> (anexo 7)	- Levonorgestrel (1,5mg) - Postinor®, Norlevo®	- Acetato de Ulipristal (30 mg) - EllaOne®
<b>Mecanismo de ação</b>	- Bloqueio ovulação	
<b>Vantagens</b>	- Sem contraindicação - Venda livre - Disponível nas consultas de Planeamento Familiar	- Eficaz até 5 dias - Eficácia não depende da precocidade da toma.
<b>Desvantagens</b>	- Não protege das IST	
	- A eficácia depende da precocidade da toma <sup>(12)</sup> : 24h: 95% 48h: 85% 72h: 58%	- Prescrição obrigatória - Preço - Não disponível nas consultas de Planeamento Familiar - Não deve ser utilizado durante a amamentação
<b>Considerações</b>	- A toma repetitiva é indicativa de necessidade de revisão do método de contraceção usado	

**Quadro VII** - Caracterização de contraceção de emergência.

Fonte: Adaptado de *Consensos sobre Contraceção 2011*

### 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 contraceptiva é inferior a qualquer 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 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 (antecipação de 1 dia em caso de uso de LNG e atraso de 2 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.

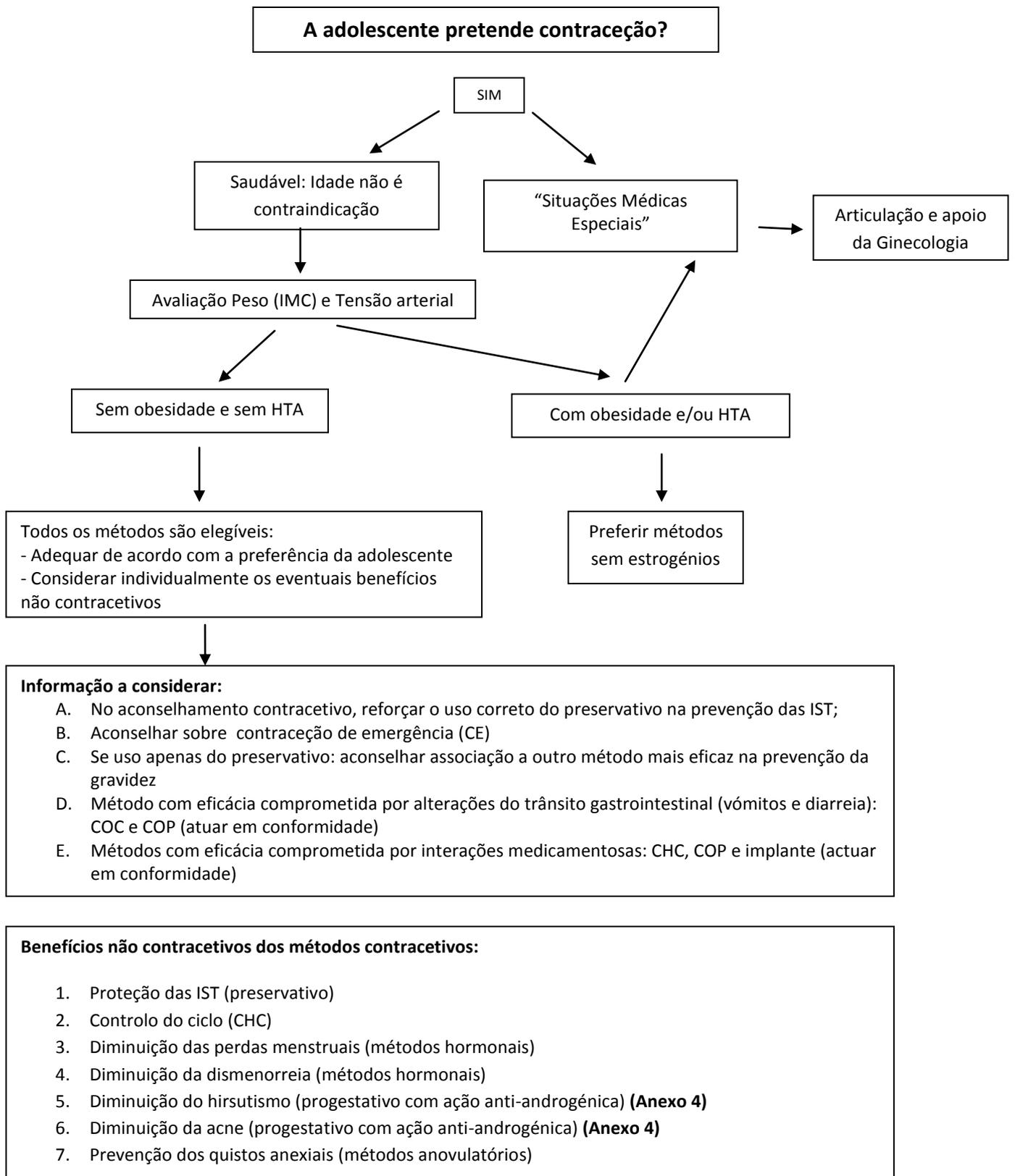
## RECOMENDAÇÕES FINAIS

1. O aconselhamento contraceutivo deve ser integrado no âmbito da promoção de um estilo de vida saudável.
2. Reforçar a importância da vacinação para 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 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 intra-uterino.
12. A contraceção de emergência deve constituir uma oportunidade para aconselhamento e início de contraceção eficaz.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Health Care*. 2010 Dec;15 Suppl 2:S54–66.
- (2) Wellings K, Collumbien M, Slaymaker E, Singh S, Hodges Z, Patel D, Bajos N. Sexual behaviour in context: a global perspective. *Lancet*. 2006 Nov 11;368(9548):1706-28. Review. Erratum in: *Lancet*. 2007 Jan 27;369(9558):274.
- (3) Godeau, E., Nic Gabhainn, S., Zannotti, C. (2011). A profile of young people's sexual behaviour: findings from the Health Behaviour in School-aged Children survey. *Entre Nous*, 2011, 72, 24-26
- (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 Oct.;47(4):389–398.
- (6) Sabia JJ, Rees DI. The effect of adolescent virginity status on psychological well-being. *J Health Econ*. 2008 Sep;27(5):1368–1381.
- (7) Health Behaviors in School Aged children (HBSC) dados nacionais, 2010. Disponível em: [www.aventurasocial.com](http://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. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>
- (10) DR nº 22- I Série. Portaria nº 52/85 de 26 de Janeiro. Disponível 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. Disponível em: <http://www.spdc.pt/index.php/documentacao/legislacao/contracecao>
- (12) Consenso sobre contraceção 2011. Disponível em: [http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11\\_11363\\_2.pdf](http://www.spdc.pt/files/publicacoes/11_11363_2.pdf)
- (13) Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 4th edition, 2009, WHO.
- (14) Vacinação contra infeções por Vírus do Papiloma Humano (HPV). Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i009812.pdf>
- (15) Consenso sobre infeção HPV e lesões intracervicais do colo, vagina e vulva 2011. Disponível em: [http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso\\_definitivo.pdf](http://www.spginecologia.pt/uploads/consenso_definitivo.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.

## ANEXO 1: Fluxograma de aconselhamento contraceptivo em adolescentes



## ANEXO 2: Contraindicações e advertências para o uso de contraceção

PATOLOGIAS	CHC (oral, vaginal, transdérmico)	COP Implante	DIU	SIU
<b>HTA</b>				
- controlada	3	½	1	1
- com vasculopatia	4	2	1	2
<b>RISCO TROMBOEMBÓLICO</b>				
- 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
<b>GRANDE CIRURGIA</b>				
- Com imobilização prolongada	4	2	1	2
- Sem imobilização prolongada	2	1	1	1
<b>DOENÇA CARDÍACA ISQUÉMICA</b>	4	3	1	2
<b>D. VALVULAR CARDÍACA</b>				
- Não complicada	2	1	1	1
- Complicada (HTA pulmonar ...)	4	1	2	2
<b>AVC (atual ou antecedentes)</b>	4	3	1	2
<b>DISLIPIDÉMIAS (conhecidas)</b>	2/3	2	1	2
<b>OBESIDADE (definição da OMS e CDC)</b>	4	2	1	1
<b>DIABETES tipo 1 e 2</b>				
- Sem doença vascular	2	2	1	2
- Com nefropatia/retinopatia/neuropatia	3/4	2/3	1	2
<b>LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO</b>				
- 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
<b>MIGRAINE com aura</b>	4	3	1	3
<b>TUMORES HEPÁTICOS</b>				
- Adenoma hepatocelular	4	3	1	3
- Hepatoma (maligno)	4	3	1	3
<b>HEPATITE VIRUSAL AGUDA</b>	3/4	3	1	3
<b>CIRROSE</b>				
- Cirrose moderada (compensada)	3	2	1	2
- Cirrose grave (descompensada)	4	3	1	3
<b>TRANSPLANTE ÓRGÃOS SÓLIDOS</b>				
- Complicado	4	2	2/3	2/3
- Não complicado	2	2	2	2
<b>TERAPÊUTICA RETROVIRAL</b>				
- Ritonavir	3	2/3	2	2
<b>TERAPÊUTICA ANTICONVULSIVANTE</b>				
- Indutores enzimáticos	3	2/3	1	1
- Lamotrigina	3	1	1	1

### Quadro VIII - Critérios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>, Critérios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009.OMS<sup>13</sup>

**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.

### **ANEXO 3: Programa nacional de rastreio do cancro do colo do útero**<sup>(15)</sup>

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 ou nos primeiros 3 anos de atividade sexual 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%. 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.

### **ANEXO 4: Efeito dos progestativos nos recetores hormonais**

<b>Progestativo</b>	<b>Estrogénico</b>	<b>Androgénicos</b>	<b>Antiandrogénico</b>	<b>Antimineralocorticoide</b>
Levonorgestel	(+)	(+)	-	-
Gestodeno	-	(+)	-	-
Desogestrel	-	(+)	-	-
Acetato de medroxiprogesterona	-	(+)	-	-
Acetato de ciproterona	-	-	+++	-
Acetato de cloromadinona	-	-	(+)	-
Dienogeste	-	-	++	-
Norgestimate	-	-	(+)	-
Drospirenona	-	-	(+)	+
Nomac	-	-	-	-

#### **Quadro IX – Efeito dos progestativos nos recetores hormonais**

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

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>

## ANEXO 5: Interações farmacológicas dos CHC

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

### **Quadro X – Interações farmacológicas dos CHC**

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>, Critérios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009.OMS<sup>13</sup>

## ANEXO 6: Orientações práticas em farmacoterapia

<b>Grupo de Fármacos</b>	<b>Comentário</b>	<b>Orientação</b>
Antibióticos	A eficácia da CHC não é directamente afectada por um AB de largo espectro  Excepções: Rifampicina, Rifabutina	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-fungicos 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

### **Quadro XI – Orientações práticas em farmacoterapia**

Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>, Critérios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009.OMS<sup>13</sup>

## ANEXO 7: Contracetivos comercializados em Portugal

<b>CONTRACEÇÃO HORMONAL</b>							
<b>ESTROGÉNIO</b>  <b>PROGESTERONA</b>	<b>Etilnilestradiol</b>				<b>Sem estrogénio</b>	<b>Valerato de estradiol</b>	<b>Estradiol</b>
	<b>35 mcg</b>	<b>30 mcg</b>	<b>20 mcg</b>	<b>15 mcg</b>			
Ac. Ciproterona	X						
Dienogeste		X				X	
Drospirinona		X	X				
Clormadinona		X					
Nomac							X
Ac. Medroxiprogesterona					X		
Desogestrel		X	X	X	X		
Etonogestrel					X		
Norelgestromina	X						
Gestodeno		X	X	X			
Levonorgestrel		X	X		X		
				X (1)			
Acetato de Ulispristal					X(1)		
<b>CONTRACEÇÃO NÃO HORMONAL</b>							
DIU cobre							
<i>Preservativos</i>							

**Quadro XII** – Contracetivos comercializados em Portugal

Legenda: (1) Contraceção de emergência