

4. Sullivan EV, Pfefferbaum A, Rohlfing T, Baker FC, Padilla ML, Colrain IM. Developmental change in regional brain structure over 7 months in early adolescence: comparison of approaches for longitudinal atlas-based parcellation. *Neuroimage*. 2011;57(1):214-24. doi: 10.1016/j.neuroimage.2011.04.003
5. Ellis BJ, Schlomer GL, Tilley EH, Butler EA. Impact of fathers on risky sexual behavior in daughters: a genetically and environmentally controlled sibling study. *Dev Psychopathol*. 2012;24(1):317-32. doi: 10.1017/S095457941100085X
6. Lara LAS, Abdo CHN. Age at time of initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016;29(5):417-23. doi: 10.1016/j.jpag.2015.11.012
7. Oliveira-Campos M, Nunes ML, Madeira FC, Santos MG, Bregmann SR, Malta DC, et al. Sexual behavior among Brazilian adolescents, National Adolescent School-based Health Survey (PeNSE 2012). *Rev Bras Epidemiol*. 2014;17 Suppl 1:116-30. doi: 10.1590/1809-4503201400050010
8. ESHRE Capri Workshop Group. Why after 50 years of effective contraception do we still have unintended pregnancy? A European perspective. *Hum Reprod*. 2018;33(5):777-83. doi: 10.1093/humrep/dey089
9. Donovan P. The politics of blame: family planning, abortion, and the poor. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1995.
10. The Alan Guttmacher Institute. Sex and America's teenagers. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 1994.
11. Lindberg LD, Maddow-Zimet I, Marcell AV. Prevalence of sexual initiation before age 13 years among male adolescents and young adults in the United States. *JAMA Pediatr*. 2019 Apr 8. doi: 10.1001/jamapediatrics.2019.0458. [Epub ahead of print]
12. Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, et al. Inequalities in young people's health: health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2008.
13. Diaz-Aguado MJ, Martinez R. Types of adolescent male dating violence against women, self-esteem, and justification of dominance and aggression. *J Interpers Violence*. 2015;30(15):2636-58. doi: 10.1177/0886260514553631
14. Randolph SD, Coakley T, Shears J, Thorpe RJ Jr. African-American fathers' perspectives on facilitators and barriers to father-son sexual health communication. *Res Nurs Health*. 2017;40(3):229-36. doi: 10.1002/nur.21789
15. Flores D, Barroso J. 21st century parent-child sex communication in the United States: a process review. *J Sex Res*. 2017;54(4-5):532-48. doi: 10.1080/00224499.2016.1267693
16. Cheshire E, Kaestle CE, Miyazaki Y. The influence of parent and parent-adolescent relationship characteristics on sexual trajectories into adulthood. *Arch Sex Behav*. 2019;48(3):893-910. doi: 10.1007/s10508-018-1380-7
17. Harris AL, Sutherland MA, Hutchinson MK. Parental influences of sexual risk among urban African American adolescent males. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):141-50. doi: 10.1111/jnu.12016
18. Committee Opinion No. 678 Summary: comprehensive sexuality education. *Obstet Gynecol*. 2016;128(5):1196-7. doi: 10.1097/AOG.0000000000001764
19. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2007.

Anticoncepção na adolescência

Rogério Bonassi Machado¹

1. Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

Como citar:

Machado RB. Anticoncepção na adolescência. In: Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. Cap. 1, p. 1-8. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).

Descritores

Anticoncepção; Adolescente; Aconselhamento; Estrogênios; Progestinas; Dispositivos intrauterinos

RESUMO

Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e a seu acesso. A idade isoladamente não contraindica qualquer método contraceptivo. Ao contrário, adolescentes têm maior número de opções contraceptivas em virtude das condições de saúde próprias da idade. As formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguidos das pílulas combinadas. Observa-se, no entanto, que os métodos que dependem do uso correto das adolescentes apresentam maior número de falhas quando comparadas a mulheres adultas. Profissionais de saúde envolvidos em medidas contraceptivas devem priorizar o aconselhamento e a capacitação para a oferta dos métodos contraceptivos para adolescentes, observando aspectos culturais e éticos nessa importante fase da vida feminina.

INTRODUÇÃO

Embora a idade isoladamente não represente contraindicações aos diferentes contraceptivos, algumas etapas da vida feminina, como adolescência, podem trazer dúvidas quanto ao método mais adequado. Nesse sentido, o conhecimento das características mais relevantes da anticoncepção nos extremos reprodutivos torna-se

fundamental no manejo prático dessa situação clínica bastante comum. Considera-se, do ponto de vista conceitual, a adolescência como o período entre o início da puberdade e a idade adulta, referindo-se, na maioria das vezes, a jovens com idade abaixo dos 18 anos.⁽¹⁾ Uma vez que as indicações e contraindicações específicas de cada método contraceptivo encontram-se bem estabelecidas por meio dos Critérios de Elegibilidade da Orga-

nização Mundial da Saúde,⁽²⁾ abordaremos neste capítulo tópicos de discussão ainda controversos envolvendo a anticoncepção para adolescentes.

QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVENDO A CONTRACEPÇÃO ENTRE ADOLESCENTES

Na adolescência, considerações especiais sobre anticoncepção relacionam-se, na maior parte das vezes, aos aspectos ético-legais envolvidos. A Constituição brasileira, no artigo 226, garante o direito ao planejamento familiar livre de coerção e o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069, de 13/07/1990) dispõe claramente sobre questões importantes no atendimento de adolescentes que requerem métodos contraceptivos, fundamentados nos direitos de privacidade e confidencialidade.⁽³⁾ A adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendida sozinha, em espaço privado de consulta. Por sua vez, define-se confidencialidade como um acordo entre médico e paciente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser informadas a seus pais e/ou responsáveis sem a permissão expressa da adolescente. A confidencialidade apoia-se em regras da bioética médica, por meio de princípios morais de autonomia (artigo 103 do Código de Ética Médica). Dessa forma, a adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais, não havendo infração ética do profissional que assim se conduz.^(4,5) A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) junto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) elaboraram um documento no qual consta que a “prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade.”⁽⁶⁾ A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico. Na atenção à menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico.”⁽⁶⁾ A orientação contraceptiva envolvendo métodos de curta duração, como pílulas, geralmente é realizada sem problemas seguindo esses preceitos. Por outro lado, os métodos de longa ação (métodos intrauterinos e implantes), por necessitarem de procedimento médico para a inserção, podem suscitar dúvidas. Para esses métodos, quando indicados, a Febrasgo sugere que se pode considerar o consentimento da adolescente e do responsável, reforçando o aconselhamento contraceptivo.⁽⁷⁾

O CENÁRIO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO EM ADOLESCENTES

Após um declínio nos últimos 15 anos, a taxa de gestação na adolescência voltou a crescer pela primeira vez em 2006 nos EUA, aumentando cerca de 3% sobre a taxa de 2005 em mulheres entre 15 e 19 anos.⁽⁸⁾ Parte disso pode ser atribuída ao fato de as formas mais populares de contracepção empregadas por adolescentes dependerem do uso correto para sua efetividade. Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e ao seu acesso, muitas vezes pelo alto custo inicial. Quando se orienta uma adolescente quanto à contracepção, há necessidade de apresentar todos os métodos disponíveis.⁽⁹⁾ Atualmente, as formas mais populares de contracepção em adolescentes são os preservativos e o coito interrompido, seguidos de pílulas.⁽¹⁰⁾ Somente 3,6% das mulheres entre 15 e 19 anos usam métodos intrauterinos.⁽¹⁰⁾ Estudos evidenciaram que as taxas de continuidade e satisfação com o método contraceptivo são maiores quando a decisão é da paciente. As mulheres preferem decidir de forma autônoma, com menos influência do profissional de saúde, sobre seu método contraceptivo, após um adequado aconselhamento.⁽¹⁰⁻¹⁹⁾ O Projeto CHOICE mostrou que a taxa de descontinuidade global foi maior entre as adolescentes (14 a 19 anos de idade), comparadas às mulheres adultas (>25 anos de idade).⁽⁸⁾ Nesse sentido, estudos envolvendo contraceptivos orais combinados também mostraram menor continuidade e índice de falha em adolescentes.⁽²⁰⁻²²⁾ Entretanto, pode-se demonstrar que as pílulas com drospirenona em regime de 24 dias foram mais eficazes que as pílulas com levonorgestrel ou naquelas com regime de 21 dias.⁽²¹⁾ O mesmo resultado foi observado com a formulação de valerato de estradiol e dienogeste em regime de pausa curta (26 dias).⁽²²⁾

QUESTÕES RELEVANTES ENVOLVENDO DIFERENTES MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

Uso de pílulas antes da menarca

Adolescentes podem necessitar de contracepção antes da menarca, em decorrência do início de vida sexual precoce, uma vez que é possível a concepção nesse período. Entretanto, mesmo após a menarca, a presença de ciclos anovulatórios é bastante comum. Em média, a ovulação ocorre em 50% das adolescentes após 20 episódios menstruais regulares.⁽¹⁵⁾ Dessa forma, não existem evidências sobre o uso de contraceptivos hormonais antes da primeira menstruação, aventando-se ainda possível interferência dos esteroides sexuais sobre o eixo hipotálamo-hipofisário. Assim, não se recomendam os métodos hormonais antes da menarca, preconizando-se nessa situação a utilização do preservativo, após adequada orientação.⁽¹⁶⁾

Ganho de peso

Não existem evidências que suportam a relação causal entre ganho de peso e contraceptivos hormonais – orais ou não orais – em qualquer faixa etária.⁽¹⁷⁾

Acne

A acne é bastante comum entre adolescentes, que não raramente procuram por contraceptivos para o tratamento. O emprego de contraceptivos orais combinados no tratamento da acne baseia-se na possibilidade de haver redução da oferta androgênica à unidade pilosebácea e ao bloqueio da atividade androgênica na unidade pilosebácea. A administração oral do etinilestradiol é seguida por aumento significativo da SHBG, determinando maior captação de androgênios livres. A supressão gonadotrófica, evento relacionado ao progestagênio, propicia menor produção androgênica ovariana. O somatório desses efeitos caracteriza o efeito antiandrogênico comum a todos os anticoncepcionais orais. Em condições normais, a manutenção da pele sem excessiva oleosidade ou acne ocorre com o uso de todos os contraceptivos orais, incluindo os de baixa dose, ainda que contenham progestagênios derivados da 19-nortestosterona.

Por outro lado, para o tratamento da acne severa ou hirsutismo, frequentemente se utilizam progestagênios antiandrogênicos – como a ciproterona, a drospirenona ou a clormadinona – cujo efeito é amplificado pela ação direta desses compostos, bloqueando o receptor androgênico na unidade pilosebácea.⁽¹⁸⁾ Deve-se considerar, no entanto, que, mesmo nessas condições, os efeitos sobre a melhora da acne parecem ser similares ao se utilizar compostos com ciproterona, drospirenona, desogestrel ou gestodeno, embora não existam estudos comparativos diretos entre todas as formulações disponíveis de anticoncepcionais.⁽¹⁹⁾

Progestagênios isolados

Nesse grupo incluem-se as minipílulas (noretisterona, levonorgestrel e linestrenol), a pílula de progestagênio (desogestrel), além do acetato de medroxiprogesterona injetável (AMPd) e o implante de etonogestrel. Em todos os compostos o uso é ininterrupto, sendo o padrão menstrual imprevisível, tendendo à amenorreia com o tempo de uso. As minipílulas têm como mecanismo de ação principal a alteração sobre o muco cervical, tendo, portanto, menor eficácia quando comparadas aos outros progestagênios. O desogestrel isolado oral propicia bloqueio gonadotrófico, sendo tão eficaz quanto as pílulas combinadas, da mesma forma que a AMPd e o implante. Atenção especial deve ser dada a adolescentes quando existe a opção pelos progestagênios orais, pela possibilidade de esquecimento, mais comum nesse grupo etário. Não há, no entanto, restrições ao uso dos progestagênios isolados na adolescência.⁽¹⁶⁾ Existe, por outro lado, preocupação com o uso da AMPd em adolescentes com histórico familiar ou fatores de ris-

co para osteoporose: estudos mostram redução na DMO com esse contraceptivo, que tende a normalizar-se após a suspensão do método.⁽²⁰⁾ Assim, parece prudente não utilizar o AMPd por longo período.

Métodos de longa ação (LARCs)

A idade, bem como a paridade, não representa contraindicações ao uso dos LARCs. Assim, são indicados em adolescentes e nuligestas.⁽²⁾

Existem poucos estudos de implantes em adolescentes. A taxa de continuidade do implante em 12, 24 e 32 meses foi de 78%, 50% e 40%, respectivamente. A remoção com menos de 32 meses ocorreu em 35%. A remoção precoce por sangramento incômodo ocorreu em 18% (17/94). Não houve associação significativa entre índice de massa corporal, sangramento incômodo e remoção precoce do implante. Os resultados indicam que a continuidade é alta em 12 e 24 meses, com 40% das pacientes atingindo 32 meses de uso do implante, o que resulta em um período significativo de proteção à gestação.⁽²¹⁾

Existem diferentes diretrizes para emprego do DIU em adolescentes. Em 2007, o comitê do *American College of Obstetricians and Gynecologists*,⁽²²⁾ ACOG Committee Opinion, recomendou que os DIUs fossem considerados opções de primeira linha para anticoncepção em adolescentes com ou sem filhos. A Organização Mundial da Saúde também apoia o uso de DIU em adolescentes, fornecendo critério de elegibilidade 2 (benefício superior ao risco) para mulheres da menarca aos 20 anos de idade.⁽²⁾ A *American Academy of Pediatrics*⁽²³⁾ também considera que DIUs são seguros em adolescentes nulíparas, não causando infertilidade tubária. Sua remoção é seguida por rápido retorno da fertilidade.

Os profissionais da saúde frequentemente não identificam adolescentes como possíveis candidatas ao uso de métodos intrauterinos. Parte desse pensamento decorre do antigo temor de que o DIU causasse doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade tubária, o que seria particularmente preocupante em adolescentes sem filhos. As evidências atuais descartam essa associação. O uso de DIUs não aumenta o risco de doença inflamatória pélvica do trato genital superior acima do risco basal esperado para mulheres.

Além do receio infundado de infertilidade tubária, o DIU é muitas vezes evitado em adolescentes pelo pensamento de que há maior risco de expulsão e de efeitos adversos em nulíparas, quando comparadas a múltiparas. Um estudo em 129 nulíparas usuárias de sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-L-NG) encontrou taxa de expulsão em nulíparas inferior a 1% ao ano.⁽²⁴⁾ Outros estudos também não encontraram maior risco de expulsão em nulíparas e nem relação com o tamanho da cavidade endometrial medida por histerômetro ou ultrassonografia (independentemente da paridade).⁽²⁵⁾

Condom

Tem-se recomendado em adolescentes o uso concomitante do condom, independentemente do método contraceptivo escolhido, visando à proteção contra as doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). O uso isolado desse método de barreira visando à contracepção relaciona-se à elevada taxa de falha.

REFERÊNCIAS

1. Penney G. Contraception in adolescence and the perimenopause. *Medicine* (Baltimore). 2006;34(1):20-2.
2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
3. Brasil, Leis e Decretos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília (DF): Presidência da República; 1990.
4. Saito MI, Leal MM, Silva LE. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatria* (São Paulo). 1999;21(2):112-6.
5. Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatr*. 1999;17(2):95-7.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7.
7. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2016. (Série Orientações e Recomendações Febrasgo, vol. 3, n. 1).
8. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*. 2014;45(3):301-14.
9. Madden T, Allsworth JE, Hladky KJ, Secura GM, Peipert JF. Intrauterine contraception in Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. *Contraception*. 2010;81(2):112-6.
10. Abma JC, Martinez GM, Copen CE. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008. (Vital and Health Statistics, Series 23, Data from the National Survey of Family Growth; no. 30). Available from: http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_030.pdf
11. Dehlendorf C, Diedrich J, Drey E, Postone A, Steinauer J. Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Educ Couns*. 2010;81(3):343-8.
12. Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1298-305.
13. Dinger J, Minh TD, Buttman N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):33-40.
14. Barnett C, Hagemann C, Dinger J, Do Minh T, Heinemann K. Fertility and combined oral contraceptives – unintended pregnancies and planned pregnancies following oral contraceptive use – results from the INAS-SCORE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;22(1):17-23.
15. Borsos A, Lampé L, Balogh A, Csoknyay J, Ditrői F, Székely P. Ovarian function after the menarche and hormonal contraception. *Int J Gynaecol Obstet*. 1988;27(2):249-53.
16. Guidance FF; Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFRHC Guidance (October 2004) contraceptive choices for young people. *J Fam Plann Reprod Health Care*. 2004;30(4):237-50.
17. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Carayon F, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(1):CD003987.
18. Schindler AE. Antiandrogenic progestins for treatment of signs of androgenisation and hormonal contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004;112(2):136-41.
19. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(1):CD004425. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(3):CD004425.
20. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM, Ross D, McClung MR. Bone mineral density in women aged 25-35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception*. 2006;74(2):90-9.
21. Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin CD. Etonogestrel implants in adolescents: experience, satisfaction, and continuation. *J Adolesc Health*. 2016;58(3):284-9.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol*. 2007;110(6):1493-5.
23. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014;134(4):e1257-81.
24. Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception*. 1994;49(1):56-72.
25. Lyus R, Lohr P, Prager S; Board of the Society of Family Planning. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception*. 2010;81(5):367-71.

Recomendações para o atendimento de adolescentes menores de 14 anos

Marta Francis Benevides Rehme¹

1. Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

No dia 13 de agosto de 2018, reuniram-se, na cidade de São Paulo, representantes da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo), Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Poder Judiciário e Conselho Federal de Medicina (CFM), para discutir os aspectos ético-legais do atendimento de pacientes adolescentes, particularmente

adolescentes menores de 14 anos com atividade sexual (Femina - 2018;46(5):310-11: <https://www.febrasgo.org.br/pt/femina/item/675-revista-femina-2018-vol-46-n-5>).

Além desse Fórum de discussão, a Comissão Nacional de Ginecologia Infanto-Puberal enviou alguns questionamentos sobre o atendimento médico em pacientes menores de idade para 10 promotores da Vara da Infância e Juventude e Adolescência de diferentes capitais (Cuiabá, Belo Horizonte, Curitiba e Rio de Janeiro), para termos melhor embasamento nas recomendações aos