

# Contracepção em situações especiais

## Contraception in special situations

Maria de Fátima Dias de Sousa Brito<sup>1</sup>, Fernanda Chaves Capanema<sup>1</sup>, Isabela Furtado Guiotti<sup>1</sup>, Izabel Brito Teixeira<sup>2</sup>, Ana Tercia Beltrame Carvalho<sup>3</sup>, Julia Domingues Barbosa<sup>1</sup>

### Descritores

Anticoncepção; Planejamento familiar; Doenças reumatológicas e musculoesqueléticas; Epilepsia; Esclerose múltipla; Transtornos alimentares; Obesidade; Pós-bariátrica; Anemia falciforme

### Keywords

Contraception; Family planning; Rheumatologic and musculoskeletal diseases; Epilepsy; Multiple sclerosis; Eating disorders; Obesity; Post bariatric; Sickle cell anemia

### Submetido:

19/01/2023

### Aceito:

03/05/2023

1. Maternidade Odete Valadares, Belo Horizonte, MG, Brasil.
2. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Betim, MG, Brasil.
3. Faculdade da Saúde e Ecologia Humana, Vespasiano, MG, Brasil.

### Conflitos de interesse:

Nada a declarar.

### Autor correspondente:

Isabela Furtado Guiotti  
Av. do Contorno, 9.494, Prado,  
30110-064, Belo Horizonte, MG, Brasil  
isabela.ifg@gmail.com

### Como citar:

Brito MF, Capanema FC, Guiotti IF, Teixeira IB, Carvalho AT, Barbosa JD. Contracepção em situações especiais. Femina. 2023;51(6):368-73.

### RESUMO

A decisão de escolha do método contraceptivo em situações clínicas especiais é desafiadora tanto para médicos quanto para pacientes. Em parte, isso se deve às contraindicações reais que alguns contraceptivos apresentam. Porém, há uma estreita relação com a falta de conhecimento e medo de muitos profissionais em prescrever métodos que, na realidade, são seguros. A má escolha do método contraceptivo para pacientes portadoras de condições específicas pode levar a diversos desfechos ruins, como piora da condição de base, ocorrência de eventos adversos indesejáveis e preveníveis e ocorrência de gravidez de alto risco indesejada. Dessa forma, foi realizada uma revisão na literatura com o objetivo de auxiliar profissionais médicos na decisão contraceptiva de pacientes portadoras de doenças reumatológicas e musculoesqueléticas, epilepsia, esclerose múltipla, transtornos alimentares, anemia falciforme e obesidade, e que já foram submetidas a cirurgia bariátrica.

### ABSTRACT

The decision to choose the contraceptive method in special clinical situations is challenging for both physicians and patients. In part, this is due to the real contraindications that some contraceptives present. However, there is a close relationship with the lack of knowledge and fear of many professionals in prescribing methods that are actually safe. The poor choice of contraceptive method in patients with specific conditions can lead to several bad outcomes, such as worsening of the baseline condition, occurrence of undesirable and preventable adverse events and occurrence of an unwanted high-risk pregnancy. Thus, a literature review was carried out in order to assist medical professionals in the contraceptive decision of patients with rheumatological and musculoskeletal diseases, epilepsy, multiple sclerosis, eating disorders, sickle cell anemia, obesity and who have already undergone bariatric surgery.

## INTRODUÇÃO

O uso de contraceptivos hormonais para o planejamento familiar é rotina há mais de 40 anos. Apesar disso, mulheres em situações clínicas especiais nem sempre recebem orientações adequadas sobre o seu uso.<sup>(1)</sup> O planejamento familiar é importante para a saúde física, mental e social das mulheres e de suas famílias. O planejamento de uma gravidez em mulheres portadoras de condições médicas especiais tem importância ainda maior, uma vez que a garantia de uma gestação saudável e de feto viável se torna extremamente dificultada.<sup>(2)</sup> Apesar de todos os avanços no meio da contracepção, muitas mulheres no mundo todo ainda receiam o uso de métodos contraceptivos hormonais por preconceito ou desconhecimento do tema. Da mesma forma, profissionais de saúde também deixam de prescrever ou orientar a contracepção hormonal pelos mesmos motivos.<sup>(3)</sup> Com isso, objetivo deste trabalho é fazer uma revisão sobre contracepção em situações especiais para auxiliar

os médicos na indicação de contracepção segura e eficaz para pacientes nas seguintes condições clínicas:

- Doenças reumatológicas e musculoesqueléticas;
- Epilepsia;
- Esclerose múltipla;
- Transtornos alimentares;
- Obesidade;
- Pós-bariátrica;
- Anemia falciforme.

## DOENÇAS REUMATOLÓGICAS E MUSCULOESQUELÉTICAS

O manejo da saúde reprodutiva em pacientes com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas é diferente do manejo de pessoas saudáveis. Essas mulheres devem utilizar métodos contraceptivos eficazes para evitar os riscos de uma gestação não planejada, que incluem piora da atividade da doença, desfechos maternos e fetais desfavoráveis e teratogenicidade pelo uso de medicamentos. Dessa forma, a contracepção individualizada deve ser avaliada e encorajada.<sup>(4)</sup> Os métodos reversíveis de longa duração (LARCs) são encorajados como primeira opção nas pacientes apropriadas. Alguns fatores afetam as propriedades dos métodos, incluindo o diagnóstico e atividade do lúpus eritematoso sistêmico (LES), presença de anticorpos antifosfolípeos, osteoporose e potenciais interações medicamentosas.<sup>(4,5)</sup> A pesquisa dos anticorpos antifosfolípeos deve ser realizada em

pacientes com LES e doenças lúpus-like ou em pacientes com história e clínica sugestivas (Figura 1). São considerados positivos os anticorpos:

- Persistência (2 testes positivos com intervalo de 12 semanas) de títulos moderados a altos ( $\geq 40$  unidades ou percentil  $\geq 99$ ) de anticorpos anticardiolipina;
- Persistência (2 testes positivos com intervalo de 12 semanas) de títulos moderados a altos ( $\geq 40$  unidades ou percentil  $\geq 99$ ) de anti-b2-glicoproteína 1;
- Persistência (2 testes positivos com intervalo de 12 semanas) de títulos positivos de anticoagulante lúpico.<sup>(6)</sup>

## RECOMENDAÇÕES

- Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre e levonorgestrel: seguro em todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas. Nas mulheres que fazem uso de anticoagulantes, preferir o DIU de levonorgestrel, pelo risco de sangramento aumentado com o DIU de cobre.<sup>(4)</sup>
- Implante subdérmico de levonorgestrel: dados limitados, mas parece ser seguro em todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas.<sup>(4)</sup>
- Pílula de progestagênio isolado: segura em todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas.<sup>(4,5)</sup>

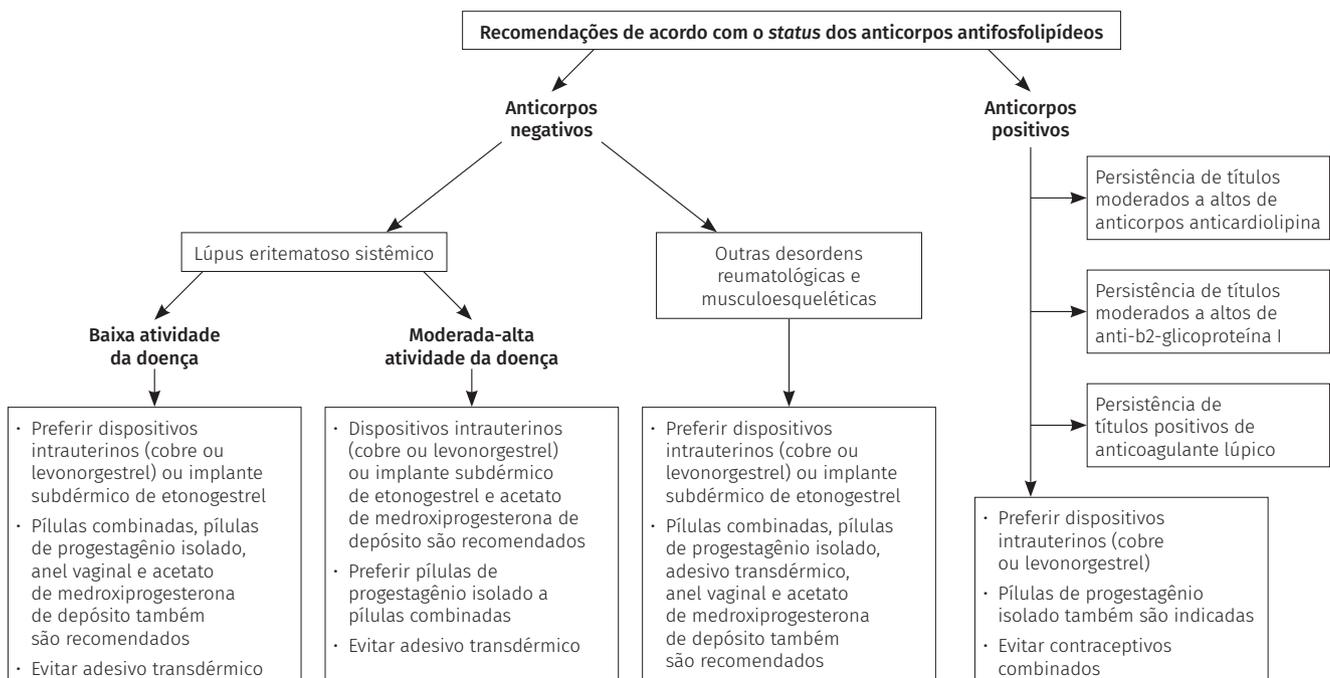


Figura 1. Recomendações de acordo com o status dos anticorpos antifosfolípeos

- Acetato de medroxiprogesterona de depósito: seguro em quase todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas. Evitar em pacientes com risco de osteoporose (causado pelo uso de glicocorticoides ou pela própria doença) e em mulheres com anticorpos antifosfolipídeos positivos (pelo risco aumentado de trombose).<sup>(4,6)</sup>
- Pílulas combinadas: seguras em quase todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas. Evitar em mulheres com anticorpos antifosfolipídeos positivos (pelo risco aumentado de trombose) e LES muito exacerbado (não existem estudos de contraceptivos contendo estrogênio em mulheres com LES exacerbado).<sup>(4)</sup>
- Adesivo transdérmico: seguro em quase todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas. Evitar em mulheres com anticorpos antifosfolipídeos positivos (pelo risco aumentado de trombose) e em mulheres com LES (resulta em altos níveis de estrogênio sérico, aumentando o risco de exacerbação da doença e trombose).<sup>(4)</sup>
- Anel vaginal: seguro em quase todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas. Evitar em mulheres com anticorpos antifosfolipídeos positivos (pelo risco aumentado de trombose) e LES muito exacerbado (não existem estudos de contraceptivos contendo estrogênio em mulheres com LES exacerbado).<sup>(4,5)</sup>
- Diafragma: seguro em todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas.<sup>(4,5)</sup>
- Preservativo: seguro em todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas.<sup>(4)</sup>
- Espermicida: seguro em todas as mulheres com doenças reumatológicas e musculoesqueléticas.<sup>(4)</sup>
- Contracepção de emergência: quando indicada, deve ser recomendada, inclusive para pacientes com LES ou anticorpos antifosfolipídeos positivos, porque os riscos do medicamento são menores do que os de uma gestação não planejada. O levonorgestrel pode ser utilizado inclusive para pacientes com trombofilias.<sup>(4)</sup>
- Situação especial: pacientes em uso de micofenolato de mofetila (droga imunossupressora) devem utilizar DIU (de cobre ou levonorgestrel) ou a combinação de duas outras formas de contraceptivos (o micofenolato pode reduzir os níveis séricos de estrogênio e progestagênio, diminuindo a eficácia dos métodos).<sup>(4,7)</sup>

## EPILEPSIA

A epilepsia é uma síndrome neurológica caracterizada por crises convulsivas recorrentes que geralmente começam durante a infância ou adolescência e afeta cerca de 6,4 por 1.000 indivíduos na população geral.<sup>(8)</sup> Com a puberdade, os esteroides endógenos podem aumentar

as crises devido às propriedades neuroativas desses hormônios. Os estrogênios endógenos têm propriedades pró-convulsivantes e epileptogênicas, por mecanismo ainda incompreendido. A progesterona sérica natural reduz as convulsões, e uma diminuição na proporção de progesterona ou progesterona-estradiol durante períodos específicos de um ciclo menstrual ovulatório está associada ao aumento da atividade convulsiva, como no período pré-menstrual e no período ovulatório.<sup>(8)</sup> Mulheres com epilepsia apresentam risco aumentado para uma série de complicações perinatais, em comparação com a população em geral, incluindo pré-eclâmpsia, parto prematuro, hemorragia, restrição de crescimento fetal e natimortos, e um risco dramaticamente aumentado de mortalidade materna.<sup>(8,9)</sup> Além disso, o uso de diversas drogas antiepilépticas (DAEs) está relacionado a risco duas a três vezes maior de malformações congênitas<sup>(8)</sup> e a interferência no desenvolvimento cognitivo e neurológico fetal.<sup>(9)</sup> Dessa forma, o aconselhamento contraceptivo deve ser baseado em decisões compartilhadas entre a paciente e os médicos ginecologista e neurologista, propondo-se educação contínua sobre os possíveis resultados adversos da gravidez e as opções contraceptivas mais eficazes.<sup>(9)</sup>

## RECOMENDAÇÕES

- Contraceptivos hormonais combinados e pílula de progestagênio isolado: a epilepsia por si só não é uma contraindicação para esses métodos. Porém, o uso de DAEs indutoras de enzimas hepáticas (citocromo p450 ou uridina-difosfato-glucuronosiltransferase), como carbamazepina, oxcarbamazepina, fenitoína, fenobarbital e primidona, pode reduzir a eficácia desses métodos.<sup>(8-10)</sup> Além disso, o uso de pílulas anticoncepcionais orais combinadas com lamotrigina demonstrou reduzir as concentrações de lamotrigina em 50%, aumentando o risco de convulsões. Se for essencial o uso, optar por contracepção de ciclo prolongado para prevenir os efeitos adversos oriundos do aumento dos níveis de lamotrigina durante o intervalo sem pílula.<sup>(10)</sup>
- Implante de etonorgestrel: tem eficácia contraceptiva muito alta; assim, o risco de falha provavelmente permanece baixo, em comparação com outros métodos contraceptivos.<sup>(10)</sup>
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito: não tem seu metabolismo afetado pelas DAEs.<sup>(10)</sup> Além disso, seu uso parece reduzir a frequência de convulsões em mulheres com epilepsia não controlada.<sup>(9,10)</sup> Apesar disso, a terapia hormonal não deve ser considerada de primeira linha, mas sim adjunta.<sup>(9)</sup>
- DIU de levonorgestrel: não parece ser comprometido pelas DAEs indutoras enzimáticas,<sup>(10)</sup> sendo considerado um método de primeira linha em pacientes epiléticas.<sup>(8-10)</sup>

- DIU de cobre, esterilização cirúrgica e métodos de barreira ou comportamentais: não apresentam restrições nesse grupo de pacientes.<sup>(8)</sup>
- Contraceção de emergência: pode ser utilizada sem restrições em mulheres com distúrbios convulsivos ou em uso de DAEs.<sup>(10)</sup>

## ESCLEROSE MÚLTIPLA

A esclerose múltipla é uma doença inflamatória e desmielinizante crônica do sistema nervoso central. A doença afeta mais mulheres do que homens e muitas vezes é diagnosticada durante a idade fértil. A escolha de drogas usadas nas terapias modificadoras da doença (DMTs), o uso de contraceptivos e o tratamento dos sintomas devem ser individualizados com base na idade de início e na atividade da doença.<sup>(11)</sup>

Os obstetras muitas vezes não têm experiência em esclerose múltipla, e os neurologistas frequentemente têm conhecimento limitado sobre as implicações obstétricas e gestacionais da doença.<sup>(12)</sup> Todas as mulheres sexualmente ativas devem ser aconselhadas sobre a importância da contraceção, pois alguns DMTs, como fingolimode ou teriflunomida, usados para tratar a esclerose múltipla, estão associados a risco de teratogenicidade.<sup>(12)</sup>

## RECOMENDAÇÕES

- A maioria dos métodos contraceptivos parece ser eficaz e segura para mulheres com esclerose múltipla. Estudos avaliaram a eficácia contraceptiva e efeitos farmacocinéticos recíprocos entre DMTs e contraceptivos orais. Em geral, não há interação entre fumarato de dimetila (DMF), fingolimode, teriflunomida e contraceptivos orais.<sup>(13)</sup>
- Embora tenham sido observados aumentos nos níveis médios de etinilestradiol e levonorgestrel após doses repetidas de teriflunomida, essa interação não demonstrou afetar a eficácia contraceptiva.<sup>(12)</sup>
- De acordo com a Organização Mundial de Saúde, os contraceptivos hormonais só de progestina e combinados não são recomendados para pacientes com imobilidade prolongada, devido ao aumento do risco de tromboembolismo venoso e preocupações com a diminuição da densidade mineral óssea (DMO).<sup>(13)</sup>

## TRANSTORNOS ALIMENTARES

Embora o distúrbio menstrual não faça mais parte dos critérios diagnósticos para transtorno alimentar, segundo o *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição* (DSM-5), da Associação Psiquiátrica Americana, o ciclo menstrual é considerado um sinal vital na avaliação de mulheres jovens e adolescentes com transtornos alimentares.<sup>(14)</sup> Puberdade tardia, amenorreia e oligomenorreia podem ser sintomas secundários a alterações na pulsatilidade das gonadotrofinas, resultando

em hipogonadismo hipogonadotrófico, com amenorreia, deficiência de estradiol, infertilidade e perda de massa óssea.<sup>(15)</sup> Apesar de muitas pacientes se tornarem anovulatórias, as sexualmente ativas com transtornos alimentares necessitam de aconselhamento individualizado para prevenção da gravidez.<sup>(14)</sup> A gestação em pacientes com transtorno alimentar traz riscos, incluindo pequeno perímetro cefálico fetal e aumento das taxas de depressão e ansiedade materna pós-parto.<sup>(16)</sup>

## RECOMENDAÇÕES

- A escolha do método deve levar em conta que o retorno dos ciclos menstruais espontâneos pode ser usado como medida de progressão clínica ou melhoria do transtorno alimentar de uma paciente. Sendo assim, todos os contraceptivos hormonais podem levar a sangramento de privação regular, menstruação irregular ou amenorreia, mascarando, assim, a retomada da menstruação espontânea. Tal fato não os contraindica, mas deve ser levado em conta na escolha do método. A decisão deve ser compartilhada atendendo às demandas da paciente.<sup>(17)</sup>
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito: pode causar redução na DMO, devendo ser usado com cautela em pacientes com anorexia.
- Contraceptivos orais combinados: não resultam em ganho de DMO, por isso seu uso apenas para tratamento da amenorreia associada a transtornos alimentares não é recomendado.<sup>(14,15)</sup>
- DIU de cobre: torna-se mais vantajoso, porque é altamente eficaz, de ação prolongada e não suprime a menstruação.<sup>(14)</sup>

## OBESIDADE

Embora a obesidade possa afetar a fecundidade, a grande maioria das mulheres obesas ovula regularmente e é fértil.<sup>(17)</sup> A obesidade aumenta a taxa metabólica, a depuração de drogas metabolizadas hepaticamente, o volume sanguíneo circulante e a absorção de esteroides contraceptivos pelo tecido adiposo. Como resultado dessas mudanças, as mulheres obesas podem demorar mais para atingir um nível terapêutico de hormônios contraceptivos ao iniciar o uso de anticoncepcionais orais, ou após o intervalo sem hormônio, em comparação com mulheres com peso normal. Como resultado desses achados, surgiram preocupações de que alterações nos níveis séricos de drogas em mulheres com obesidade podem aumentar o risco de falha contraceptiva, mas os dados são limitados.<sup>(17,18)</sup>

## RECOMENDAÇÕES

- DIU de cobre ou levonorgestrel: é a opção contraceptiva preferida para mulheres com obesidade que não têm contraindicações para o uso desse método

e o aceitam. É altamente eficaz, apesar de maior dificuldade técnica para visualizar o colo e na inserção em pacientes muito obesas. DIUs que liberam levonorgestrel têm o benefício adicional de tratar sangramento uterino anormal e hiperplasia endometrial, achados não incomuns nesse grupo.<sup>(17)</sup>

- Contraceptivos orais combinados: mulheres com obesidade que não têm contraindicações adicionais à exposição ao estrogênio podem usar com segurança contraceptivos combinados de estrogênio-progestagênio. Começar com etinilestradiol 20 ou 30 mcg. Como as mulheres com obesidade requerem mais tempo para atingir os níveis hormonais de contracepção, pode ser benéfico optar por regimes de ciclo estendido ou 24/4, em comparação com os regimes tradicionais 21/7.<sup>(17)</sup>
- Anel vaginal: não mostrou menor eficiência.<sup>(17)</sup>
- Adesivo transdérmico: pode ser menos eficaz no subgrupo de mulheres  $\geq 90$  kg.<sup>(17)</sup>
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito: fornece contracepção eficaz a mulheres obesas.<sup>(17)</sup>
- Contracepção de emergência com drogas orais: pode ser menos eficaz em mulheres com sobrepeso e obesas, em comparação com mulheres com peso normal, particularmente com levonorgestrel, porém não deve ser negada ao grupo, porque nenhuma pesquisa até o momento tem poder adequado para avaliar um limite de peso no qual seria ineficaz.<sup>(18)</sup>

## PÓS-BARIÁTRICA

Em mulheres que foram submetidas a procedimentos disabsortivos, é prudente evitar pílulas anticoncepcionais orais e optar por qualquer método não oral, ou seja, anel vaginal, adesivo transdérmico, DIU, implante de etonorgestrel ou injeção. Os Critérios Médicos de Elegibilidade do Reino Unido não impõem uma restrição com base no tipo de cirurgia, mas aconselham evitar todos os contraceptivos hormonais combinados em mulheres que fizeram cirurgia bariátrica, mas ainda têm um índice de massa corporal de 35 ou superior.<sup>(14)</sup> Além disso, vale ressaltar que o acetato de medroxiprogesterona de depósito pode causar aumento do peso em 24% das usuárias.<sup>(19)</sup>

## ANEMIA FALCIFORME

Mulheres falcêmicas apresentam piores desfechos gestacionais, incluindo maiores taxas de decesso fetal, crescimento intrauterino restrito, parto pré-termo, desordens hipertensivas e parto cesariano. Além disso, existe risco aumentado de crises algicas e anemia clinicamente significativa durante a gravidez nesse grupo.<sup>(20)</sup> Tendo em vista a elevada morbimortalidade gestacional, a contracepção é um tema relevante entre portadoras de anemia falciforme. Entretanto, ainda faltam evidências

a respeito do perfil de segurança dos métodos contraceptivos nessas pacientes, o que pode limitar o uso de alguns deles.<sup>(20)</sup> A doença falciforme cursa com aumento do fator tecidual e redução de proteínas anticoagulantes naturais circulantes, além de ativação do sistema plaquetário e fibrinolítico. O resultado é um sistema de coagulação cronicamente ativado. Isso traz grande preocupação quanto à segurança dos contraceptivos hormonais combinados nas pacientes falcêmicas, visto que há aumento do risco relativo de eventos tromboembólicos mesmo entre as usuárias saudáveis, apesar de o risco absoluto ainda permanecer baixo nelas (9-10 eventos a cada 10.000 usuárias por ano).<sup>(21)</sup>

## RECOMENDAÇÕES

- Contraceptivos hormonais combinados: nenhum estudo controlado avaliou a relação entre contraceptivos orais e a probabilidade de trombose em mulheres com anemia falciforme comparativamente a outras mulheres.<sup>(21)</sup> Além disso, existem alguns dados que sugerem que os contraceptivos combinados podem precipitar crises algicas por possivelmente reduzirem a deformidade das hemácias, a partir da interação com a membrana dessas células. Entretanto, estudos não encontraram diferença significativa na deformidade das hemácias entre usuárias e não usuárias de contraceptivos combinados.<sup>(20)</sup>
- Progestagênios isolados: contrariamente, os métodos à base somente de progestagênio parecem estabilizar a membrana eritrocitária, podendo contribuir na prevenção de crises algicas. Os progestágenos não demonstraram efeitos adversos significativos em portadoras de doença falciforme e são considerados seguros.<sup>(20)</sup>
- Acetato de medroxiprogesterona de depósito: mostrou-se protetor contra crises algicas, além de fornecer contracepção eficaz, sendo um excelente método nesse grupo.<sup>(21)</sup>
- DIUs: faltam estudos nessa população. Entretanto, devido à ausência de evidências de contraindicações e à baixa probabilidade teórica delas, não há motivos para os DIUs não serem utilizados.<sup>(20)</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Blumenthal PD, Edelman A. Hormonal contraception. *Obstet Gynecol.* 2008;112(3):670-84. doi: 10.1097/AOG.0b013e31818425b7
2. Silveira CO, Mendes SS, Dias JA, Ferreira MC, Paiva SP. Contracepção em mulheres com condições clínicas especiais. Critérios Médicos e Elegibilidade. *Reprod Clim.* 2014;29(1):13-20. doi: 10.1016/j.recli.2014.06.002
3. Paz EC, Ditterich RG. O conhecimento das mulheres sobre os métodos contraceptivos no planejamento familiar. *Rev Gestão Saúde.* 2009;1(1):1-10.
4. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty EE, Chambers C, Clowse ME, Lockshin MD, et al. American College of Rheumatology guideline for the management of reproductive health in rheumatic and musculoskeletal diseases. *Arthritis Rheumatol.* 2020;72(4):529-56. doi: 10.1002/art.41191

5. Yazdany J, Trupin L, Kaiser R, Schmajuk G, Gillis JZ, Chakravarty E, et al. Contraceptive counseling and use among woman with systemic lupus erythematosus: a gap in health care quality? *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2011;63(3):358-65. doi: 10.1002/acr.20402
6. Ostensen M, von Eisebeck M, Villiger PM. Therapy with immunosuppressive drugs and biological agents and use of contraception in patients with rheumatic disease. *J Rheumatol*. 2007;34(6):1266-9.
7. Sánchez-Guerrero J, Uribe AG, Jiménez-Santana L, Mestanza-Peralta M, Lara-Reyes P, Seuc AH, et al. A trial of contraceptive methods in women with systemic lupus erythematosus. *N Engl J Med*. 2005;353(24):2539-49. doi: 10.1056/NEJMoa050817
8. Pennell PB, McElrath T. Management of epilepsy during preconception, pregnancy and the postpartum period [Internet]. 2021 [cited 2022 Sep 19]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-epilepsy-during-preconception-pregnancy-and-the-postpartum-period>
9. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 806: gynecologic management of adolescents and young women with seizure disorders. *Obstet Gynecol*. 2020;135(5):e213-20. doi: 10.1097/AOG.0000000000003827
10. Dutton C, Foldvary-Schaefer N. Contraception in women with epilepsy: pharmacokinetic interactions, contraceptive options and management. *Int Rev Neurobiol*. 2008;83:113-34. doi: 10.1016/S0074-7742(08)00006-8
11. Fang X, Patel C, Gudesblatt M. Multiple sclerosis: clinical updates in women's health care primary and preventive care review. *Obstet Gynecol*. 2020;135(3):757-8. doi: 10.1097/AOG.0000000000003727
12. Lotze TE. Treatment and prognosis of pediatric multiple sclerosis [Internet]. 2021 [cited 2022 Dec 16]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/treatment-and-prognosis-of-pediatric-multiple-sclerosis>
13. Coyle PK, Oh J, Magyari M, Oreja-Guevara C, Houtchens M. Management strategies for female patients of reproductive potential with multiple sclerosis: an evidence-based review. *Mult Scler Relat Disord*. 2019;32:54-63. doi: 10.1016/j.msard.2019.04.003
14. Wassenaar E, O'Melia AM, Mehler PS. Gynecologic care for adolescents and young women with eating disorders. *Obstet Gynecol*. 2018;132(4):1065-6. doi: 10.1097/AOG.0000000000002903
15. Lawson EA, Miller KK. Anorexia nervosa: endocrine complications and their management [Internet]. 2019 [cited 2022 Dec 20]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/anorexia-nervosa-endocrine-complications-and-their-management>
16. Misra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and its associated endocrinopathy in young people. *Horm Res Paediatr*. 2016;85(3):147-57. doi: 10.1530/JOE-14-0039
17. Edelman A, Kaneshiro B. Contraception: counseling for females with obesity [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 12]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-for-females-with-obesity>
18. American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 714: obesity in adolescents. *Obstet Gynecol*. 2017;130(3):e127-40. doi: 10.1097/AOG.0000000000002297
19. Pantoja M, Medeiros T, Baccarin MC, Morais S, Fernandes AM. Variação de peso de usuárias de acetato de medroxiprogesterona de depósito segundo índice de massa corporal em seguimento de seis anos. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2009;31(8):380-4. doi: 10.1590/S0100-72032009000800002
20. Haddad LB, Curtis KM, Legardy-Williams JK, Cwiak C, Jamieson DJ. Contraception for individuals with sickle cell disease: a systematic review of the literature. *Contraception*. 2012;85(6):527-37. doi: 10.1016/j.contraception.2011.10.008
21. Manchikanti Gomez A, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. Steroid hormones for contraception in women with sickle cell disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2):CD006261. doi: 10.1002/14651858.CD006261.pub2