

# CONTRACEÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

RECOMENDAÇÕES PARA  
O ACONSELHAMENTO  
CONTRACETIVO



SOCIEDADE PORTUGUESA  
DA CONTRACEÇÃO

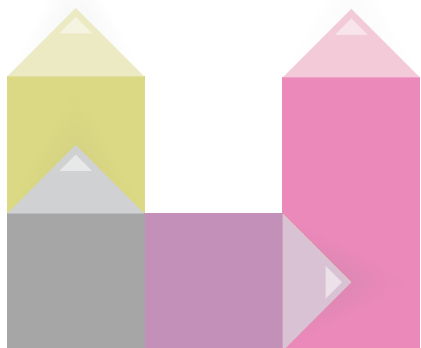


Sociedade Portuguesa  
de Medicina do Adolescente  
Sociedade Portuguesa  
de Pediatria



## ÍNDICE

Abreviaturas .....	2
Introdução .....	3
Objetivo .....	4
Aconselhamento .....	4
Métodos de contraceção disponíveis em Portugal .....	5
Crterios 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.....	5
Métodos de contraceção .....	7
1. Métodos Naturais .....	7
2. Métodos Barreira.....	7
3. Métodos Hormonais Combinados.....	8
4. Métodos Hormonais só com progestativos.....	10
5. Métodos Intrauterinos.....	12
6. Contraceção de emergência .....	13
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 nacional de rastreio do cancro do colo do útero .....	18
Anexo 4: Efeito dos progestativos nos recetores hormonais.....	19
Anexo 5: Interações farmacológicas dos CHC.....	19
Anexo 6: Orientações práticas em farmacoterapia.....	20
Anexo 7: Contracetivos comercializados em Portugal .....	20



### **Autores:**

#### **SPDC**

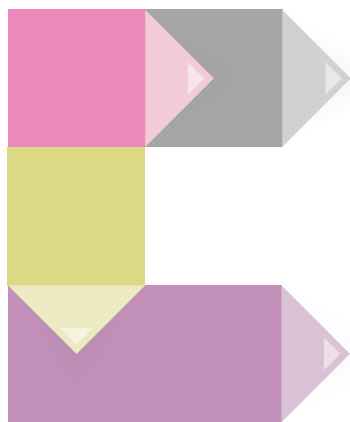
Teresa Bombas, Maria do Céu Almeida

#### **SPMA**

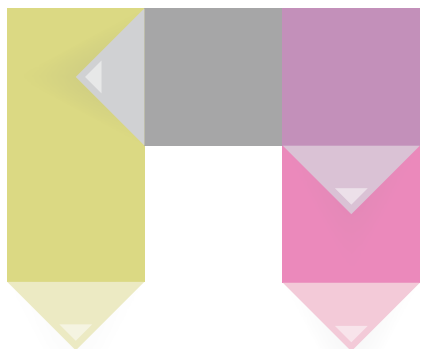
Sílvia Neto, Cláudia Arriaga,  
Pascoal Moleiro

### **Colaboradores:**

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



Recomendações publicadas  
na Acta Pediátrica Portuguesa  
da Sociedade Portuguesa  
de Pediatria.



## ABREVIATURAS

AUP – Acetato de ulipristal  
AVC – Acidente vascular cerebral  
CDC - Centers for Disease Control and Prevention  
CE – Contraceção de emergência  
CHC – Contraceção hormonal combinada  
COC – Contraceção oral combinada  
COP – Contraceção oral com progestativo isolado  
CP- Contraceção com progestativo isolado  
DIU – Dispositivo intrauterino  
EE – Etinilestradiol  
EP – Embolia pulmonar  
E2 – Estradiol  
HPV – Virus do papiloma humano  
HTA – Hipertensão arterial  
IMC – Índice de massa corporal  
IST – Infecções Sexualmente Transmissíveis  
LES – Lupus eritematoso sistémico  
LNG – Levonorgestrel  
LT – Laqueação trompas  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
PNV – Programa nacional de vacinação  
RS - Relações sexuais  
SIU – Sistema intrauterino  
SD – Desvio padrão  
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 protecção das IST.<sup>7,8</sup>

Em Portugal, o número de adolescentes que engravidam por ano, tem vindo a diminuir gradualmente o que se reflete no decréscimo no número de adolescentes que são mães e no número de interrupções de gravidez realizadas em 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 implementar 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 CONTRACETIVOS	TIPOS
Naturais	Calendário / Coito interrompido / Muco cervical / Temperatura basal
Barreira	Preservativo masculino e feminino
Hormonal	Combinada (CHC): - oral (COC) - anel vaginal - sistema transdérmico Progestativa (CP): - oral (COP) - injetável - implante - Sistema intrauterino (SIU)
Não hormonal	Dispositivo intrauterino (DIU)
De emergência	Hormonal: oral Não hormonal: Dispositivo intrauterino (DIU)
Cirúrgicos	Laqueação trompas (LT) Vasectomia

Quadro I - Métodos contracetivos. Adaptado de: Consensos sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>

## 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 contracetivo.<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 contracetivos é suscetível de aumentar os riscos para a saúde. Nestas situações a escolha contracetiva 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 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), o peso e o 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, TRANS- DÉRMICO)	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 = Sistema intrauterino de Levonorgestrel; LT = Laqueação tubar; TA = Tensão arterial.

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

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

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

#### 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 contracetivo, 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 contracetivos 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 para 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:
  - 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. Não protegem das IST.
3. É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.

### 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
Eficácia	- Depende do uso correto	
Vantagens	- Fácil aquisição - Não necessita de vigilância médica - Previne as IST - Envolvimento masculino	- Não necessita de vigilância médica; - Previne as IST;
Desvantagens	- A eficácia depende do uso correto	- Difícil aquisição - A eficácia depende do uso correto; - A colocação correta exige um conhecimento da anatomia feminina.
Precauções	- Alergia ao látex(*) - 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>12</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

#### 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 contraceptiva, pelo que a proteção da gravidez deve ser 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")
<b>EFICÁCIA</b>	99,7% (se uso correto)		
<b>COMPOSIÇÃO (ESTROGÉNIO E PROGESTERONA) (ANEXO 7)</b>	Variável na dose e composição	15 µg de Etinilestradiol (EE) + 120 µg de etonogestrel (metabolito ativo do desogestrel)	20 µg de EE + 150 µg de norelgestromina (NGMN) (metabolito ativo do norgestimato)
<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)		
	- Para algumas jovens a toma diária - A eficácia pode ser afetada por vômitos e diarreia	- Para algumas jovens a aplicação vaginal	- Eficácia contraceptiva não garantida em mulheres com > 90 Kg - Irritabilidade cutânea ocasional
<b>BENEFÍCIOS NÃO CONTRACETIVOS</b>	1. Controle do ciclo 2. Melhoria da dismenorria 3. Diminuição do volume das perdas menstruais 4. Prevenção de quistos do ovário 5. Melhoria da acne e hirsutismo (Os benefícios não contraceptivos são comuns aos vários contraceptivos hormonais combinados, independentemente da forma de administração mas dependentes da dose e tipo de estroprogestativo usado) (anexo 4 e 7)		

**Quadro IV** - Caracterização dos métodos contraceptivos hormonais combinados.  
 Fonte: Adaptado de Consensos sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>

#### 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 ≥ 2SD em curvas da OMS ou IMC ≥ 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



## 4. MÉTODOS HORMONAIS SÓ COM PROGESTATIVOS

### MENSAGENS IMPORTANTES:

- O uso de um progestativo isolado deve ser considerado como primeira linha em adolescentes com contraindicação ao uso de estrogénios (Anexo 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.
- Nas adolescentes com acne o uso isolado de um progestativo pode não contribuir para a melhoria da doença.
- 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).
- A injeção de acetato de medroxiprogesterona deve ser considerada apenas por períodos transitórios nas adolescentes, exceto nas adolescentes com epilepsia.
- Aconselhado o uso simultâneo do preservativo.
- 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 deve ser usado um preservativo durante este período de tempo.
  - Ao iniciar no 1º dia da menstruação a eficácia contracetiva é imediata.
- 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 contraindicação ao uso de estrogénios	- Primeira linha em adolescentes com contraindicação 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	- 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 CONTRACETIVOS</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<sup>12</sup>

### ASPETOS PRÁTICOS:

- Em caso de esquecimento da pílula só com progestativo usar as mesmas regras descritas para o esquecimento dos CHC.
- Em caso de hemorragia ou spotting com o implante, fazer uma embalagem de COC com 30 µg de EE se não existir contraindicação.

## 5. MÉTODOS INTRAUTERINOS

### MENSAGENS IMPORTANTES:

- Os dispositivos intrauterinos não previnem das IST pelo que deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.
- Método indicado para adolescentes que pretendam um método de longa duração cuja eficácia seja independente da colaboração da utilizadora.
- Realizar o rastreio universal da Chlamydia de acordo com o preconizado no Plano Nacional de Saúde 2011-2016. 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.
- 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>	- Para adolescentes que pretendam um método de longa duração - Sem contra-indicação em adolescentes	- Para adolescentes que aceitem a amenorreia ou as perdas imprevisíveis
<b>MECANISMO DE AÇÃO</b>	- Reação inflamatória do endométrio que impede a nidação - Toxicidade para o esperma e para o óvulo (e portanto impede o processo de fecundação)	- Espessamento do muco cervical que impede a progressão do espermatozóide - Alteração do endométrio que impede a nidação - Em 25% dos casos inibe a ovulação
<b>VANTAGENS</b>	- Contraceção de longa duração (10 anos) - Mantém a regularidade dos ciclos - Pode ser usado como método de contraceção de emergência	- Contraceção de longa duração (5 anos) - Melhoria das menstruações - Amenorreia ou perdas escassas e imprevisíveis
<b>DESvantagens</b>	- Exige exame ginecológico para a colocação - Não controla a dismenorreia - Nos primeiros meses pode ocorrer um aumento ligeiro do fluxo	- Nos primeiros meses podem ocorrer perdas hemáticas irregulares mas escassas

**Quadro VI** - Caracterização dos métodos contraceptivos intrauterinos. *Fonte: Adaptado de Consensos sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>*

### ASPETOS PRÁTICOS:

- Se a colocação for no 1º dia do ciclo a eficácia contraceptiva é imediata.
- Se a colocação for em qualquer outro dia do ciclo:
  - O DIU de cobre confere uma contraceção imediata.
  - O SIU exige o uso de um preservativo durante 7 dias para prevenção da gravidez.

## 6. CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

### MENSAGENS IMPORTANTES:

- ▶ A última oportunidade na prevenção de uma gravidez nas adolescentes que:
- Tiveram RS desprotegidas
  - Tiveram uma falha contraceptiva
  - Violação

### MÉTODOS DISPONÍVEIS:

Pilula de LNG, Pilula de AUP e DIU, por ordem de frequência de uso.

	LEVONORGESTREL (LNG)	ACETATO DE ULIPRISTAL (AUP)
<b>INDICAÇÃO</b>	Relação sexual desprotegida	
<b>COMPOSIÇÃO (ANEXO 7)</b>	- Levonorgestrel (1,5mg) - Postinor®, Norlevo®	- Acetato de Ulipristal (30 mg) - EllaOne®
<b>MECANISMO DE AÇÃO</b>	Bloqueio ovulação	
<b>VANTAGENS</b>	- 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 (12): 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<sup>12</sup>*

### ASPETOS PRÁTICOS:

- Para a CE com LNG a eficácia máxima é obtida nas primeiras 24h.
- Embora não comparável, deve ser reforçada a mensagem que a eficácia contraceptiva é inferior a qualquer dos métodos de contraceção de uso regular.
- O início de um contraceptivo deve ser imediato à contraceção de emergência.
- A adolescente deve realizar um teste de gravidez 3 semanas após a toma de contraceção de emergência se não tiver menstruação.
- Em caso de utilizadoras de fármacos indutores enzimáticos usar 2 comprimidos de levonorgestrel (3mg) ou utilizar o DIU.
- 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).
- O uso do DIU como método de contraceção de emergência pode ser preconizado nas adolescentes que pretendam este método de contraceção.



## RECOMENDAÇÕES FINAIS

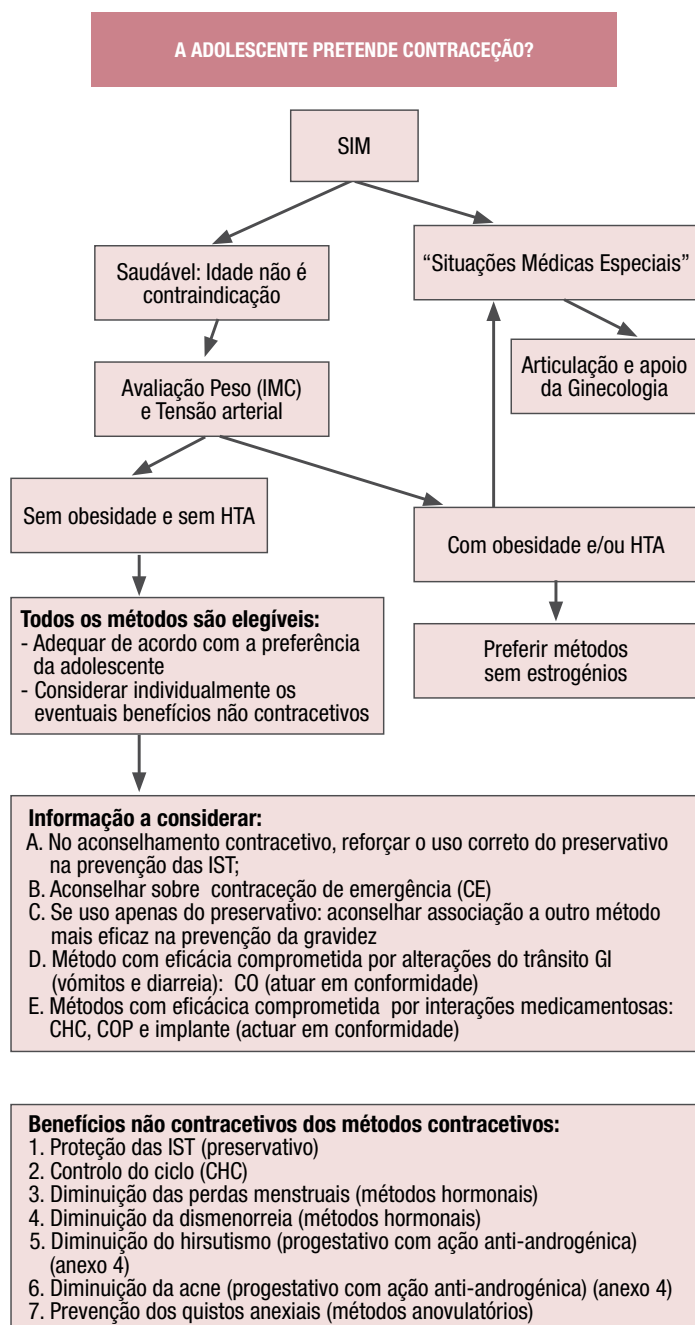
1. O aconselhamento contraceutivo deve ser integrado no âmbito da promoção de um estilo de vida saudável.
2. Reforçar a importância da vacinação para a infeção HPV.
3. Reforçar a noção de que o risco de gravidez e IST é independente da idade e da frequência da relação sexual.
4. Toda a informação deve 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 o método contraceutivo 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 para iniciar contraceção.
9. Para promover a adesão à contraceção, explicar benefícios e efeitos adversos possíveis, dar sugestões práticas e indicações claras para as falhas contracetivas.
10. É fundamental aconselhar sobre a “Dupla Proteção” (preservativo e outro método eficaz).
11. As adolescentes assintomáticas não necessitam de exame ginecológico, exceto se o método escolhido for intrauterino.
12. A contraceção de emergência deve constituir uma oportunidade para aconselhamento e início de uma 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 viral 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** - Classificação por categorias das condições que afetam a elegibilidade para o uso de contraceptivos.

**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.**

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

### 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

PROGESTATIVO	ESTROGÉNICO	ANDROGÉNICOS	ANTIANDRO-GÉNICO	ANTIMINERALO-CORTICÓIDE
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

DIMINUEM A EFICÁCIA CONTRACETIVA	AUMENTAM A ATIVIDADE CONTRACETIVA	A CHC AUMENTA A CONCENTRAÇÃO DO FÁRMACO	A CHC DIMINUI A CONCENTRAÇÃO DO FÁRMACO
Carbamazepina	Acetaminofeno	Amitriptilina	Lamotrigina
Griseofulvina	Eritromicina	Cafeina	
Oxcarbazepina	Fluoxetina	Ciclosporina	
Etosuximida	Fluconazol	Corticoides	
Fenobarbital	Fluoxamina	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	

**Quadro X** - Interações farmacológicas dos CHC. Fonte: *Consenso sobre Contraceção 2011*<sup>12</sup>, *Crerios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009.OMS*<sup>13</sup>

## ANEXO 6

### Orientações práticas em farmacoterapia

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 interferem 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 contraceção

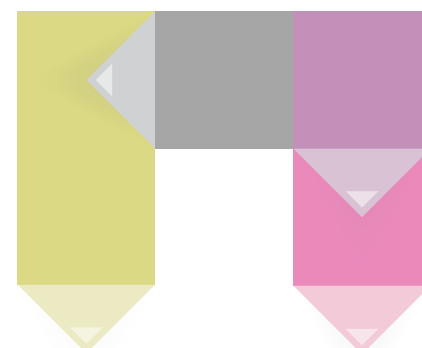
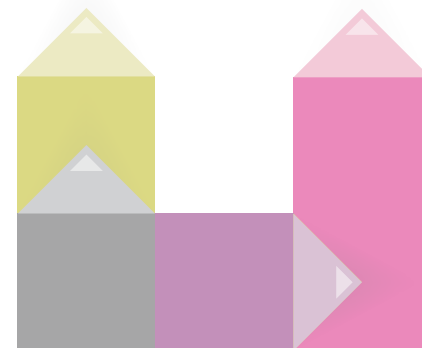
**Quadro XI** - Orientações práticas em farmacoterapia. *Fonte: Consenso sobre Contraceção 2011<sup>12</sup>, Critérios de Elegibilidade para o uso de contraceptivos, 2009.OMS<sup>13</sup>*

## ANEXO 7

### Contraceptivos comercializados em Portugal

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

**Quadro XII** - Contraceptivos comercializados em Portugal.  
*Legenda: (1) Contraceção de emergência*





A MSD não aconselha a utilização de medicamentos fora das recomendações expressas nos respetivos RCM aprovados.