

SÉRIE ORIENTAÇÕES
E RECOMENDAÇÕES
FEBRASGO

Nº 4 • 2017



ATENDENDO A ADOLESCENTE NO CONSULTÓRIO



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DIRETORIA DA FEBRASGO

2016 / 2019

César Eduardo Fernandes

Presidente

Marcelo Burlá

Diretor Administrativo

Corintio Mariani Neto

Diretor Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá

Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade

*Diretor de Defesa e Valorização
Profissional*

Alex Bortotto Garcia

*Vice-Presidente
Região Centro-Oeste*

Flavio Lucio Pontes Ibiapina

*Vice-Presidente
Região Nordeste*

Hilka Flávia Barra do E. Santo

*Vice-Presidente
Região Norte*

Aginaldo Lopes da Silva Filho

*Vice-Presidente
Região Sudeste*

Maria Celeste Osório Wender

*Vice-Presidente
Região Sul*



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA DE GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL

Presidente

Marta Francis Benevides Rehme

Vice-Presidente

Zuleide Aparecida Felix Cabral

Secretária

Denise Leite Maia Monteiro

Membros

Cláudia Lúcia Barbosa Salomão

José Alcione Macedo Almeida

Liliane Diefenthaeler Herter

Márcia Sacramento Cunha Machado

Romualda Castro do Rego Barros

Rosana Maria dos Reis



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA ANTICONCEPÇÃO

Presidente

Rogério Bonassi Machado

Vice-Presidente

Ilza Maria Urbano Monteiro

Secretário

Jarbas Magalhães

Membros

Carlos Alberto Politano

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

Dalton Ferreira

Jaqueline Neves Lubianca

Maria Auxiliadora Budib

Marta Curado Carvalho Franco Finotti

Milena Bastos Brito

Sheldon Rodrigo Botogoski

Sílvio Antônio Franceschini

Tereza Maria Pereira Fontes

Zsuzsanna Ilona Katalin Jármay Di Bella

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Atendendo a adolescente no consultório. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.

Série Orientações e Recomendações FEBRASGO. n. 4, 2017.

1.Sexualidade 2.Adolescente 3.Ética 4.Sexo 5.Saúde sexual
6.Visita a consultório médico

ISSN 2525-6416

NLM WP118

ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES DA FEBRASGO ATENDENDO A ADOLESCENTE NO CONSULTÓRIO

Apresentação

Progressivamente, as adolescentes vão “adentrando” os consultórios médicos, espontaneamente ou acompanhadas pelos pais ou por alguém de sua própria confiança. E o consultório do ginecologista tem sido a sua referência, pois, na maioria das vezes, as motivações que as movem na busca do auxílio médico dizem respeito aos seus problemas ginecológicos, a gravidezes não programadas, à anticoncepção, à sua sexualidade ou apenas a um simples aconselhamento.

É sabido que a morbidade e mortalidade na maioria dos adolescentes estão relacionadas ao comportamento pessoal e que, portanto, podem ser evitadas. A identificação e o aconselhamento feitos precocemente pelo médico podem ser fundamentais na redução dos seus riscos. Meninas que usam anticoncepcional sem a prescrição do médico ou outras que nunca os usam são situações frequentes e conflituosas vivenciadas pelos ginecologistas.

Além do conhecimento técnico, o médico assistente deve conhecer as leis que regulamentam o atendimento de menores, sempre em obediência estrita aos preceitos éticos das boas práticas médicas. Há a necessidade de se garantir a privacidade e respeitar a confidencialidade para o sucesso do atendimento e do seguimento dessas pacientes. Mas, nem sempre os ginecologistas estão afeitos a esse tipo de pacientes que requerem, para o seu atendimento, um preparo muitas vezes não aprendido em bancos escolares ou durante a residência médica.

Por todo este contexto é que a FEBRASGO, por meio das suas Comissões Nacionais Especializadas de Ginecologia Infanto-puberal, de Anticoncepção e de Sexologia, está colocando à disposição de seus associados estes textos como o início de um grande projeto que visa oferecer aos nossos ginecologistas e obstetras a atualização necessária para o atendimento de jovens adolescentes, por meio das mensagens dos melhores especialistas do país sobre temas de grande interesse na atenção de nossa população jovem.



Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico



Prof. Dr. César Eduardo Fernandes
Presidente

SUMÁRIO

1. A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE.....	10
MARTA FRANCIS BENEVIDES REHME	
ZULEIDE CABRAL	
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
HIGHLIGHTS.....	12
A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE.....	13
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	21
REFERÊNCIAS.....	22
2. QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS E A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE.....	23
ZULEIDE CABRAL	
MARTA FRANCIS BENEVIDES REHME	
RESUMO.....	23
ABSTRACT.....	24
HIGHLIGHTS.....	25
INTRODUÇÃO.....	26
MÉTODOS.....	31
CONFLITO RELACIONADO À AUTONOMIA DA ADOLESCENTE.....	32
CONFLITO RELACIONADO AO SIGILO E À CONFIDENCIALIDADE DA CONSULTA.....	34
CONFLITO RELACIONADO À ATIVIDADE SEXUAL EM MENORES DE 14 ANOS.....	35
CONFLITO RELACIONADO À VIOLÊNCIA: RELATOS OU SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL, ESTUPRO, VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA OU MORAL.....	37
ABORTAMENTO PREVISTO EM LEI.....	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
3. ANTICONCEPÇÃO PARA ADOLESCENTES.....	43
ROGÉRIO BONASSI MACHADO	
RESUMO.....	43
ABSTRACT.....	44
HIGHLIGHTS.....	45
INTRODUÇÃO.....	46
QUESTÕES ÉTICAS DA INDICAÇÃO/PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	47
O CENÁRIO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO PARA ADOLESCENTES.....	49
ELEMENTOS-CHAVE NO ACONSELHAMENTO ANTICONCEPCIONAL PARA ADOLESCENTES.....	50
QUESTÕES RELEVANTES ENVOLVENDO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PARA ADOLESCENTES	54
REFERÊNCIAS.....	58

A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE

THE GYNECOLOGICAL VISIT OF ADOLESCENT

Marta Francis Benevides Rehme¹

Zuleide Cabral^{2,3}

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

2. Faculdade de Medicina de Várzea Grande, Várzea Grande, MT, Brasil.

3. Faculdade de Medicina de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil.

RESUMO

A presença de pacientes adolescentes tem sido uma situação cada vez mais frequente nos consultórios dos ginecologistas. Entre os motivos de consulta destacam-se: avaliação de rotina do desenvolvimento da puberdade, problemas relacionados aos ciclos menstruais, cólicas, corrimento, desejo de contracepção. Obter a confiança da adolescente é o maior desafio que o profissional tem ao atender uma jovem que se encontra num momento de transição de desenvolvimento biopsicossocial. Alguns tópicos da anamnese ginecológica não diferem da paciente adulta, no entanto, aspectos relacionados à sexualidade devem ser abordados com cautela, pois na maioria das vezes a adolescente está acompanhada e nem sempre compartilha sua vida sexual com os familiares. Confiando no profissional, a adolescente terá oportunidade de discutir aspectos da sua sexualidade e receber orientação adequada sobre contracepção e prevenção de doenças de transmissão sexual.

Palavras-chave:

Adolescente; Contracepção; Ética

ABSTRACT

The presence of adolescent patients has been more frequent in gynecologists' offices. Among the reasons for consultation are: routine evaluation of the development of puberty, problems related to menstrual cycles, cramps, discharge, desire for contraception. Obtaining the confidence of the adolescent is the greatest challenge that the professional meets, because this young woman is in a moment of transition from biopsychosocial development. Some topics of the gynecological anamnesis do not differ from the adult patient, however, aspects related to sexuality should be approached with caution, since most of the times the adolescent is accompanied and does not always share her sexual life with the relatives. Entrusting the professional to the adolescent will have the opportunity to discuss aspects of her sexuality and receive appropriate guidance on contraception and prevention of sexually transmitted diseases.

Keywords:

Adolescence; Contraception; Teenagers

HIGHLIGHTS

- Mostrar empatia para com a adolescente é fundamental para que a anamnese transcorra de maneira satisfatória.
- Indagações sobre sexualidade nem sempre são bem aceitas pela paciente, principalmente por aquelas que vêm acompanhadas, cuja mãe se adianta para dizer que “o médico pode falar o que quiser porque a paciente não tem segredo nenhum”. Aguarde sempre iniciativa da adolescente ou um momento de privacidade para abordar questões sobre a vida sexual.
- Procure sempre obter um momento a sós com a adolescente sem constrangê-la. Opte por uma forma mais sutil como “você faz questão da presença de sua mãe?” em vez de “você prefere que sua mãe saia?”.
- Adolescente que não teve menarca deve ser examinada para avaliação do status puberal e, no caso de desenvolvimento puberal normal, avaliação do trato de saída.
- Em adolescentes que tiveram menarca e são virgens, o exame ginecológico deve ser incentivado, mas pode ser protelado, caso a adolescente esteja sem queixas ginecológicas e sinta-se desconfortável de ser examinada na sua primeira visita ao ginecologista.
- Adolescentes sexualmente ativas devem ser submetidas a exame ginecológico, salvo raras exceções, visando à pesquisa de infecções de transmissão sexual.



A presença de pacientes adolescentes tem sido uma situação cada vez mais frequente nos consultórios dos ginecologistas. O estabelecimento da relação médico-paciente é o maior desafio que o profissional encontra ao atender uma paciente que está passando por um momento de transição do seu desenvolvimento biopsicossocial. Diferente da paciente adulta, a adolescente apresenta diferenças no seu modo de agir e pensar, de acordo com a fase da adolescência que ela está vivendo. O estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, garantindo a privacidade e respeitando a confidencialidade, é aspecto fundamental para que a consulta transcorra de forma bem-sucedida e para que a adolescente estabeleça um vínculo com o ginecologista, cujo objetivo é promover a saúde sexual e reprodutiva dessa paciente.⁽¹⁻³⁾

DE QUAIS INDIVÍDUOS ESTAMOS FALANDO?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera adolescência o período compreendido entre 10 e 19 anos.⁽⁴⁾ A adolescência é dividida em: adolescência inicial (10-13 anos); adolescência média (14-16 anos) e adolescência tardia (17-19 anos).⁽⁵⁾ Cada uma dessas fases apresenta particularidades que devem ser conhecidas para que a abordagem seja adequada, pois o comportamento de uma menina de 13 anos é diferente do de uma menina de 19 anos, embora ambas estejam na adolescência. A adolescência inicial corresponde de modo geral ao período final do ensino fundamental e inclui principalmente as mudanças puberais. No fim da adolescência podemos observar interesses pela carreira, pelo namoro e pela exploração da identidade, mais pronunciados do que na adolescência inicial.

Estas diferenças em parte são explicadas pelas mudanças anatômicas que o processo de amadurecimento cerebral passa durante a adolescência. No início da adolescência há uma quantidade menor de bainha de mielina nas regiões pré-frontais com diminuição das sinapses nervosas, o que explica porque o processamento das informações básicas e do raciocínio lógico é menor nos adolescentes. Além disso, ocorre a proliferação e redistribuição dos receptores de dopamina causando estímulos potencialmente gratificantes que fazem com que adolescentes deem mais importância à valorização dos benefícios em situações em que se pese risco versus benefícios. Somente no final da adolescência e um pouco além é que vai ocorrer o aumento da quantidade de bainha de mielina, aumentando a eficiência das sinapses

nas diferentes regiões do cérebro e, consequentemente, ocorrerá uma melhora no processamento das emoções, no controle cognitivo, na avaliação racional de riscos e benefícios.^(6,7)

Esses dados são importantes para que o profissional que se dispõe a atender uma adolescente compreenda a diferença de percepção que uma adolescente mais jovem tem sobre o impacto que uma gravidez não planejada pode ter em sua vida ou mesmo as consequências de uma infecção de transmissão sexual de uma adolescente na fase mais tardia, que já tem projetos de vida definidos.

QUAIS OS MOTIVOS DE CONSULTA GINECOLÓGICA NA ADOLESCÊNCIA?

Entre os motivos de consulta mais frequentes observamos: avaliação de rotina do desenvolvimento da puberdade, problemas relacionados aos ciclos menstruais, cólicas, corrimento, desejo de contracepção.⁽¹⁻³⁾

Embora as situações clínicas sejam do conhecimento e manejo do ginecologista, a dificuldade maior é estabelecer o vínculo de confiança para a boa relação médico-paciente adolescente que exerce ou pretende exercer sua atividade sexual. Esta dificuldade na maioria das vezes ocorre porque aquela adolescente que se encontra na consulta nem sempre veio por iniciativa própria, o que tira a sua privacidade por estar acompanhada.

Poucas pesquisas têm sido realizadas com relação aos aspectos de confidencialidade envolvendo adolescente e seus pais. No trabalho de McKee et al.,⁽⁸⁾ as mães relataram acreditar que a confidencialidade entre o médico e suas filhas poderia promover um comportamento de risco e comprometer a relação entre mãe e filha.

Duncan et al.⁽⁹⁾ avaliaram por meio de questionários o entendimento sobre confidencialidade dos pais que acompanhavam os filhos adolescentes na consulta médica. Os pais identificaram muitos benefícios associados com a confidencialidade, mas acreditavam que eles deveriam ser informados a respeito de vários tópicos, entre eles atividade sexual e contracepção, doenças de transmissão sexual e gravidez, mesmo que seus filhos pedissem sigilo (Tabela 1). O dilema ético-legal envolvendo a consulta ginecológica na adolescência é um dos motivos de dificuldade para muitos profissionais e será abordado em capítulo específico.⁽⁸⁻¹¹⁾

TABELA 1. TÓPICOS QUE OS PAIS GOSTARIAM DE SER INFORMADOS A RESPEITO DA CONSULTA, MESMO SE OS SEUS FILHOS NÃO PERMITISSEM.

TÓPICOS	PORCENTAGEM DE PAIS QUE GOSTARIAM DE SER INFORMADOS %
Depressão/outros problemas de saúde mental	87
Desordens alimentares	81
Uso de drogas (outras fora maconha)	78
Uso de maconha	67
Infecções de transmissão sexual	59
Atividade sexual e gravidez	57
Uso de álcool	55
Ausência na escola	43
Dirigir de modo inseguro	40
Atividade sexual e contracepção	40
Tabagismo	37
Problemas de relacionamento	33

Fonte: Duncan RE, Vandeleur M, Derks A, Sawyer S. Confidentiality with adolescents in the medical setting: what do parents think? J Adolesc Health. 2011; 49(4):428-30.⁽⁹⁾

SITUAÇÕES FREQUENTES QUE O GINECOLOGISTA VAI SE DEPARAR NA CONSULTA DA ADOLESCENTE:

- O profissional na maioria das vezes é escolhido pela mãe da adolescente, e com frequência é o próprio ginecologista da mãe. Neste caso, a mãe procura o profissional da sua confiança esperando que ele a mantenha informada sobre tudo o que ocorrer na consulta.
- A mãe resolve que está na hora de consultar, marca a consulta e depois comunica à filha, que não consegue exercer sua autonomia. Logo, essa adolescente vai à consulta contra a sua vontade.
- A adolescente quer consultar o ginecologista, mas sua mãe insiste em estar presente na sala de consulta, alegando que a filha “é menor de idade”. A consulta transcorre com restrição, pois o profissional não sabe até que ponto vai o relacionamento mãe-filha.
- A adolescente vai ser consultar sem o conhecimento da mãe, o que deixa o ginecologista desconfortável pelos aspectos ético-legais da consulta em menores de idade.

Independentemente da situação, o ginecologista deve ter empatia para perceber como a adolescente está se sentindo naquele momento e tentar vencer a resistência da paciente que insiste em ficar em silêncio apontando para a mãe sempre que fazemos alguma pergunta como sinal de protesto. “Foi ela quem marcou, portanto ela quem responde” é a resposta de muitas delas.

Sugerimos aproveitar o momento do primeiro encontro para perguntar quais são suas dúvidas e expectativas com relação à consulta ginecológica. Com um pouco de tato, podemos quebrar o gelo, falando sobre a importância deste primeiro contato, e que o objetivo principal neste momento é que ela conheça o profissional que poderá ajudá-la quando necessitar realmente de uma consulta ginecológica. O maior medo das adolescentes é com relação ao exame ginecológico, assim, é muito importante assegurar que nada será feito sem a sua permissão. Essas atitudes tranquilizam a paciente nesse primeiro contato.

ANAMNESE

A anamnese não difere da de uma paciente adulta, no entanto, alguns tópicos não devem ser esquecidos na consulta como: situação vacinal da adolescente, pois este é um momento no qual se resgata vacinas desatualizadas e se procede com a orientação para novas vacinas, como a vacina contra o HP; alergia a medicamentos, como anti-inflamatórios, por exemplo, uma vez que o anti-inflamatório é, na maioria das vezes, a primeira linha de tratamento na dismenorrea primária; uso de anticonvulsivantes, os quais podem interferir com o uso de contraceptivos hormonais; uso de tabaco, drogas e álcool visando ao comportamento de risco, porém, o momento da abordagem desse tópico pode ser reservado para quando a adolescente estiver sozinha.^(1,3)

A história menstrual precisa ser detalhada. No caso de a adolescente não ter tido menarca, importante avaliar se já iniciou os caracteres sexuais. A idade da menarca e os ciclos menstruais subsequentes devem ser bem descritos quanto ao intervalo, quantidade e duração do fluxo e data da última menstruação. As adolescentes devem ser orientadas a marcarem seus períodos menstruais e, para isto, pode ser oferecido um calendário menstrual ou podem ser sugeridos aplicativos de controle do ciclo, disponíveis para smartphones. Muitas dúvidas surgem com relação aos ciclos irregulares no período da pós-menarca, e a orientação sobre imaturidade do eixo, comum nesta fase, tranquiliza a paciente e a sua mãe, muitas vezes preocupadas com o futuro reprodutivo.

Uma das maiores dificuldades na anamnese é abordar assuntos ligados à sexualidade, uma vez que estamos frente a pacientes menores de idade, o que gera preocupação aos profissionais sobre aspectos ligados ao sigilo e privacidade.⁽¹⁰⁾ Perguntas sobre vida sexual na presença da mãe são consideradas não apropriadas. O fato de a mãe entrar junto e dizer que “o relacionamento delas é ótimo” não sinaliza positivamente que ela tenha pleno conhecimento da vida sexual da sua filha. A menos que a adolescente fale espontaneamente que o motivo da consulta foi anticoncepção porque ela está tendo relações sexuais ou deseja iniciar, o ginecologista deve abordar com tato esse tópico, evitando deste modo criar uma situação de conflito entre mãe e filha.

É compreensível que na primeira consulta a adolescente ainda não tenha estabelecido vínculo com seu médico. A abordagem sobre início de vida sexual, orientação sexual e número de parceiros não resultará em respostas satisfatórias, uma vez que a paciente possa estar mantendo sua vida sexual ou orientação sexual

em segredo. Muitas vezes, a adolescente, surpreendida com a pergunta sobre vida sexual, pode demonstrar constrangimento e ser evasiva ou, ao contrário, aproveita o momento para revelar sua situação. No entanto, esse fato pode gerar uma situação tensa para a paciente e sua mãe, e a anamnese acaba sendo interrompida por discussões familiares. O ginecologista pode iniciar com a pergunta: “Você tem namorado?”. Caso a resposta seja positiva, o próximo passo pode ser: “Você gostaria de conversar a respeito de contracepção?”. Nesse momento, duas situações poderão ocorrer: ela pode falar abertamente que quer tomar pílula porque tem vida sexual e o restante da consulta poderá transcorrer tranquilamente.

Por outro lado, a adolescente pode se mostrar evasiva e, apesar de ter um namorado, dizer que não deseja conversar no momento. É muito comum a mãe ter conhecimento do namorado e desconhecer que sua filha já teve relações sexuais. Nesse caso é prudente que o ginecologista aguarde um momento a sós para abordar com mais detalhes se ela já iniciou atividade sexual, e esse momento pode ser criado na hora do exame ginecológico, com a paciente sozinha.

Como pedir à adolescente que está acompanhada para que ela fique sozinha na sala de exame? Embora seja enfatizado que as adolescentes necessitam de privacidade, nem sempre essa situação é respeitada, e, com frequência, as mães desejam estar junto no momento do exame.

A clássica pergunta: “Você prefere que sua mãe saia?” nem sempre vai surtir o efeito desejado. Devemos lembrar que o fato de a paciente ser menor de idade serve de pretexto para que a mãe se sinta no dever de acompanhar todo o exame. Se a adolescente responder que prefere ficar sozinha, o ginecologista corre o risco de escutar a mãe retrucar para sua filha: “Por que você quer que eu saia, tem alguma coisa para esconder?”. Uma maneira adequada é perguntar: “Você faz questão da presença da sua mãe no momento do exame?”. Com essa abordagem, estamos dando a chance para a adolescente dizer que se sente segura para dirigir-se ao exame sozinha e dispensar o “apoio” da mãe zelosa, sem criar conflitos.

Uma vez que tenhamos um momento a sós com a adolescente, os aspectos de sigilo devem ser abordados, garantindo a confidencialidade. Essa informação é muito importante, já que as adolescentes se sentem inseguras, principalmente quando o ginecologista foi escolhido pela sua mãe. Ao ser tranquilizada que o sigilo será preservado, teremos a oportunidade de orientar a respeito de contracepção

e cuidados para se prevenir de infecções sexualmente transmitidas. Sabemos que na maioria das vezes os jovens iniciam a atividade sexual e só se preocupam com anticoncepção após alguns meses sem proteção e/ou com usos indiscriminados da contracepção de emergência.⁽¹¹⁾

EXAME GINECOLÓGICO DA ADOLESCENTE

Exame geral: dados biométricos (peso, estatura e índice de massa corporal) devem ser anotados, pois estas pacientes estão na fase de crescimento e torna-se importante acompanhar até a estabilização da estatura. Além disso, índice de massa corporal (IMC) caso alterado (IMC baixo ou aumentado) fornece a oportunidade de proceder orientações sobre hábitos alimentares e prática de atividade física.

Exame das mamas e orientação sobre forma e tamanho (caso seja questionado pela adolescente). Muitas vezes elas indagam sobre o momento ideal para serem submetidas a procedimentos mamários (redução e/ou prótese).

O exame ginecológico na adolescente que já menstrua e não apresenta nenhuma queixa no dia da consulta pode ser adiado para uma segunda visita, caso ela se mostre relutante em ser examinada na primeira consulta, mostrando para a adolescente o respeito à sua autonomia. Mas é importante indagar o porquê da relutância dela para ser examinada e falar sobre a importância do exame ginecológico e quais informações obtemos com ele.

Àquelas que ainda não tiveram menarca, a avaliação do status puberal e da genitália externa são fundamentais para observar hímen e trato de saída, identificando precocemente nesse caso a possibilidade de uma imperfuração himenal ou outra malformação obstrutiva. Outras situações observadas no exame genital são os septos de hímen, cuja presença pode dificultar a inserção de absorventes internos ou mesmo causar um sangramento maior na primeira relação, e a presença de hipertrofia de pequenos lábios, que causa dúvidas e às vezes desconforto para as adolescentes.⁽¹⁻³⁾

Nas pacientes sexualmente ativas, o exame ginecológico não difere do da paciente adulta, e a importância da sua realização deve ser enfatizada para a adolescente, para pesquisa de infecções de transmissão sexual. Naquela adolescente que mantém sua vida sexual em sigilo, poderá ocorrer dificuldade com relação aos exames complementares, seja por impossibilidade de arcar com o custo, seja por questões de convênios médicos, por ela ser dependente dos pais. É importante discutir previamente com a adolescente sobre quem vai levar o material ao laboratório,

se a adolescente vai acompanhada ou não para a coleta de material ou mesmo para os exames de imagem, quem vai buscar os resultados previamente, evitando deste modo quebra inadvertida de sigilo.

Todos os dados coletados na anamnese e exame físico devem ser cuidadosamente registrados, inclusive o dado se a vida sexual é mantida em segredo para evitar quebra inadvertida de sigilo numa conversa com a mãe. Nas consultas subsequentes, nas adolescentes que eram virgens na primeira consulta, é importante sempre perguntar se ela já iniciou atividade sexual, e, para aquelas que já eram sexualmente ativas, se ainda mantém sua vida sexual em segredo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS



Conquistar a confiança da adolescente é o maior desafio da consulta ginecológica. Confiando no profissional, a adolescente ela terá a oportunidade de discutir aspectos da sua sexualidade e receber orientação adequada sobre contracepção e prevenção de doenças de transmissão sexual.

REFERÊNCIAS

1. Magalhães ML. Consulta ginecológica na recém-nascida – infância – adolescência. In: Magalhães ML, Reis JT. Ginecologia infanto-juvenil. Rio de Janeiro: Medbook; 2007.p.51-66.
2. Emans SJ. Avaliação ambulatorial de crianças e adolescentes. In: Eman SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Ginecologia na infância e adolescência. São Paulo: Editora Roca; 2008. p.1-38.
3. Rosa e Silva AC. Semiologia ginecológica na infância e adolescência. In: Reis RM, Junqueira FR, Rosa e Silva AC. Ginecologia da infância e adolescência. São Paulo: Editora Artmed; 2012. p.35-46.
4. World Health Organization (WHO). Adolescent health [Internet]. Geneva: WHO; c2017. cited 2017 Jan 22]. Available from: http://www.who.int/topics/adolescent_health/en/>.
5. Manual de orientação. Saúde da adolescente. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2001.
6. Steinberg L, Cauffman E, Woolard J, Graham S, Banich M. Are adolescents less mature than adults?: minors' access to abortion, the juvenile death penalty, and the alleged APA "flip-flop". Am Psychol. 2009; 64(7):583-94.
7. Santrock JW. Adolescência. 14a ed. Porto Alegre: AMGH; 2014.
8. McKee MD, O'Sullivan LF, Weber CM. Perspectives on confidential care for adolescent girls. Ann Fam Med. 2006; 4(6):519-26.
9. Duncan RE, Vandeleur M, Derks A, Sawyer S. Confidentiality with adolescents in the medical setting: what do parents think? J Adolesc Health. 2011; 49(4):428-30.
10. Aspectos éticos-legais do atendimento a adolescente. Manual de orientação infanto puberal. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2010.
11. World Health Organization (WHO). Adolescent reproductive health: What needs to be done to promote the sexual and reproductive health of adolescents and to prevent adolescent mothers and their babies from dying in pregnancy? [Internet]. Geneva: WHO; c2017. cited 2017 Jan 22]. Available from: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/reproductive_health/en/

QUESTÕES ÉTICAS E LEGAIS E A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE

ETHICAL AND LEGAL ISSUES OF ADOLESCENT GYNECOLOGICAL CONSULTATION

Zuleide Cabral^{1,2}

Marta Francis Benevides Rehme³

1. Faculdade de Medicina de Várzea Grande, Várzea Grande, MT, Brasil.

2. Faculdade de Medicina de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil.

3. Universidade Federal do Paraná, UFPR, Curitiba, PR, Brasil.

RESUMO

Diversas são as situações conflituosas vivenciadas pelos ginecologistas ao atenderem as adolescentes, em que as normas estabelecidas se revelam insuficientes para responder com clareza a algumas interrogações éticas, desafiando e, por vezes, confundindo as tomadas de decisões. Existem ainda os conflitos de interesse entre estas e seus pais e/ou responsáveis, além dos diferentes marcos legais que determinam a entrada para a vida adulta, interferindo no direito à autonomia, privacidade, confidencialidade e ao exercício da sexualidade. O profissional além de demonstrar compreensão, conhecimento técnico e das leis, deve ainda contextualizar a situação, a competência da adolescente e, à luz da bioética, pode considerar mais eficaz garantir a autonomia e a justiça em prol dessa.

Palavras-chave:

Adolescente; Sexualidade; Contracepção; Aspectos éticos e legais

ABSTRACT

There are several conflicting situations experienced by gynecologists in attending to adolescents, where established norms prove insufficient to respond with clarity to some ethical questions, challenging and sometimes confusing decision-making. There are also conflicts of interest between them and their parents and/or guardians, in addition to the different legal frameworks that determine the entry into adult life, interfering in the right to autonomy, privacy, confidentiality and the exercise of sexuality. The professional, in addition to demonstrating understanding, technical knowledge and laws, should also contextualize the situation, the competence of the adolescent and, in the light of bioethics, may consider it more effective to guarantee autonomy and justice in favor of it.

Keywords:

Adolescent; Sexuality; Contraception; Ethical and legal aspects

HIGHLIGHTS

- Mesmo com as recentes mudanças no que se refere à legislação e à assistência em saúde a crianças e adolescentes, existem ainda muitas dificuldades para aplicar e interpretar adequadamente as leis específicas, principalmente quando o assunto é sexualidade e reprodução.
- A confidencialidade, a privacidade e a autonomia são direitos da adolescente que recebe atendimento médico. O sigilo será mantido desde que ela tenha capacidade de avaliar seu problema, de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo e quando a não revelação não ocasione danos a ela ou a terceiros.
- Os profissionais que atuam na assistência à saúde da adolescente deverão sempre estimulá-las a envolver seus pais em seu tratamento, esclarecendo desde o primeiro contato o direito e os limites desse envolvimento, tanto para ela como para seus responsáveis.
- A prescrição, orientação ou manutenção do sigilo de atividade sexual de adolescente com menos de 14 anos, se não for verificado abuso, exploração sexual ou outro tipo de situação pessoal ou social que afete ou possa afetar negativamente a adolescente e desde que essa tenha consciência de seus atos e das repercussões para sua vida e saúde, não constitui ato ilícito.
- Os profissionais da saúde têm o dever legal de comunicar à autoridade competente as situações em que há suspeita ou confirmação de maus tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes. A comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética, não se configurando, assim, violação do segredo profissional.

INTRODUÇÃO

O termo adolescência vem do latim *adolescere* e significa crescer. A palavra *adolescence* foi usada na língua inglesa pela primeira vez em 1430 e referia-se à faixa etária dos 14 aos 21 anos para homens e dos 12 aos 21 anos para as mulheres.⁽¹⁾

A adolescência é definida como a fase de transição entre a infância e a idade adulta, possui características biológicas, psicológicas e sociais próprias. Ocorre nesta fase a separação das figuras materna e paterna e a busca pela identidade pessoal, um passo importante da transformação do adolescente em adulto produtivo e maduro. A sexualidade se insere nesse processo, sobretudo, como um elemento estruturador da identidade do adolescente.⁽²⁾

O exercício da sexualidade por adolescentes é marcado por descobertas e conflitos que podem colocá-los em situações de vulnerabilidade, como aquisição de doenças sexualmente transmissíveis (DST), gravidez inoportuna, abortos inseguros e violência sexual, com sério impacto na sua saúde sexual e reprodutiva.^(3,4) As situações de vulnerabilidades devem ser vistas pelos componentes individuais, sociais e institucionais e que remetem a perceber três itens em uma mesma situação: quem está vulnerável, a que está vulnerável e em quais circunstâncias.⁽⁵⁾

Os profissionais da área de saúde podem ser os primeiros a atender as adolescentes, sendo procurados por elas espontaneamente ou trazidas por seus pais ou responsáveis. A atenção ginecológica da adolescente tem gerado algumas polêmicas quando se trata do exercício da sua sexualidade, pois nem sempre há concordância entre as leis e os princípios éticos do atendimento, que por vezes pode confundir, dificultar as tomadas de decisões e levar alguns profissionais a condicionarem o seu atendimento à autorização ou a presença dos seus responsáveis legais, os quais costumam interferir no atendimento e na escolha da conduta.⁽⁶⁾ Somam-se ainda as dificuldades de alguns serviços de saúde e educação em assegurar os direitos sexuais e reprodutivos dessa clientela.

Estes fatos descritos relacionam-se com vários fatores, como, por exemplo, as próprias divergências dos marcos legais que definem a adolescência ou o que significa ser um adulto. Pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência vai dos dez aos 20 anos incompletos⁽⁷⁾, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a adolescência vai dos 12 aos 18 anos⁽⁸⁾, e o Código Civil determina a

maioridade e a imputabilidade aos 18 anos. Somente aos 18 anos o indivíduo fica habilitado à prática de todos os atos da vida civil.⁽⁹⁾ Em se tratando da relevância do tema, observa-se escassez de artigos publicados na área de saúde sobre os direitos sexuais e reprodutivos e a legislação brasileira.⁽¹⁰⁾ Assim, as visões jurídicas sobre a capacidade do adolescente com relação à sua responsabilidade e autonomia têm gerado inúmeras interpretações quando se trata do exercício da sua sexualidade, ocasionando incertezas, nos profissionais envolvidos no atendimento ginecológico da adolescente, referentes aos princípios éticos: confidencialidade, privacidade e autonomia.

As visões jurídicas sobre a capacidade do adolescente com relação à sua responsabilidade e autonomia têm gerado inúmeras interpretações quando se trata do exercício da sua sexualidade, ocasionando incertezas, nos profissionais envolvidos no atendimento ginecológico da adolescente, referentes aos princípios éticos: confidencialidade, privacidade e autonomia.

O Código de Ética Médica em seu artigo 74º estabelece que é proibido “revelar segredo profissional referente à paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, salvo quando a não revelação ocasionar danos ao paciente”. Também responsabiliza os médicos se o segredo for violado por seus auxiliares, conforme o artigo 78º: “deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido”. Portanto, a confidencialidade é tanto um direito do paciente quanto uma obrigação do médico, não sendo uma prerrogativa de pacientes adultos, devendo estar presente em todos os atendimentos, independentemente da faixa etária.⁽¹¹⁾

No entanto, quando a adolescente tem a idade inferior a 14 anos, os critérios regidos pelo Código Penal Brasileiro (CPB), em relação à atividade sexual nesta faixa etária, considera estupro de vulnerável, “ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso”, caracterizando a obrigatoriedade de denúncia com pena de reclusão de oito a 15 anos (Lei 12.015, de 7/8/2009, artigo 217º). No mesmo Código, os artigos 153º e 154º referem-se ao crime contra a inviolabilidade do segredo, reforçando a confidencialidade sustentada pelo juramento de Hipócrates e o Código de Ética Médica no artigo 74º, já citado anteriormente.⁽¹²⁾

No ECA, o artigo 3º refere-se aos direitos fundamentais que gozam as crianças e adolescentes, inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhes por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades a fim de lhes facultar os direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura e ao lazer. A proteção também diz respeito à exposição do adolescente a formas degradantes de constrangimento e exploração, à omissão, à negligência e a qualquer forma de violência.⁽⁸⁾ No entanto, não há no estatuto artigos que se refiram à sexualidade ou aos direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes, além da maternidade e da proteção contra o abuso e a exploração sexual.⁽⁶⁾ Não há como garantir a integralidade do adolescente sem considerar os componentes da sua sexualidade. Por fim, o Código de Ética Médica está subordinado ao Código Penal que, por sua vez, está subordinado à Constituição Federal Brasileira.⁽¹³⁾ A Constituição Federal Brasileira, assim como o ECA, não aborda expressamente os direitos sexuais e reprodutivos dos jovens, o que merece uma revisão legislativa que atenda às necessidades atuais.

Fica claro ainda que tanto o código civil como o penal não atendem mais à necessidade da sociedade contemporânea e, como avanço nesse processo, destaca-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, onde discutiu-se pela primeira vez a sexualidade em um sentido positivo em detrimento das discussões sobre mutilações genitais, violência sexual e DST. Também, a partir dela foram introduzidos os direitos sexuais e reprodutivos, destinados aos adolescentes, com especial ênfase ao sexo feminino, a maternidade precoce, como responsabilidade de ambos os sexos, e os riscos da esterilização precoce. Orientou ainda os países signatários a assegurarem o pleno desenvolvimento do adolescente, a envolvê-los na divulgação de informações e na identificação de suas necessidades. A Organização das Nações Unidas (ONU), em 1999, reviu as decisões de 1994, sendo o documento intitulado como Cairo + 5, em que o direito dos pais deixou de ser incluído em todas as referências dos adolescentes, garantindo o direito desses últimos à privacidade, ao sigilo, ao consentimento informado, à educação, inclusive sexual no currículo escolar, à informação e à assistência da saúde reprodutiva.⁽¹⁴⁾

Tanto o código civil como o penal não atendem mais à necessidade da sociedade contemporânea, e, como avanço nesse processo, destaca-se a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento realizada no Cairo em 1994, onde discutiu-se pela primeira vez a sexualidade em um sentido positivo em detrimento das discussões sobre mutilações genitais, violência sexual e DST.

A Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo organizou, em novembro de 2002, o Fórum de Debates sobre Adolescência, Contracepção e Ética. Participaram desse fórum profissionais da área médica, pediatras e ginecologistas, profissionais da área da justiça, juízes e advogados e profissionais da saúde pertencentes às Comissões de Bioética. As conclusões foram elaboradas a partir dos relatórios de oito profissionais, representantes dos quatro grupos de trabalho.⁽¹⁵⁾ Em 2003, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), respaldadas pelo ECA, pela conferência do Cairo +5 de 1999, pelo CEM e pelas resoluções do Fórum Adolescência, Contracepção e Ética de 2002, estabeleceram as Diretrizes em relação à saúde sexual e reprodutiva⁽¹⁶⁾ (Quadro 1), que compõem o Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens do Ministério da Saúde.⁽¹⁷⁾

Este artigo objetiva apresentar alguns conflitos éticos e legais vivenciados pelos profissionais da saúde durante o atendimento da adolescente, discutí-los em torno das alternativas possíveis e, apesar das dificuldades para aplicar e interpretar adequadamente as legislações específicas relacionadas ao tema, propor condutas que contribuam para a assistência ginecológica e garantia dos direitos referentes à saúde sexual e reprodutiva.

QUADRO 1. DIRETRIZES ADOLESCÊNCIA, ANTICONCEPÇÃO E ÉTICA, 2003.

A privacidade é o direito que o adolescente possui, independentemente da idade, de ser atendido sozinho, em um espaço privado de consulta, inclusive durante o exame físico, onde são reconhecidas sua autonomia e individualidade.

A confidencialidade é direito do adolescente, reconhecido no artigo 103 do Código de Ética Médica. A quebra do sigilo, também prevista no mesmo artigo, deverá ser realizada com o conhecimento do adolescente, mesmo que sem sua anuência.

O 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, respeitadas as ressalvas do Art. 103, Código de Ética Médica. O profissional que assim se conduz não fere nenhum preceito ético, não devendo temer nenhuma penalidade legal.

Em relação à prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, a presunção de estupro deixa de existir, frente à informação que o profissional possui de sua não ocorrência, devendo ser consideradas todas as medidas cabíveis para melhor proteção da saúde do adolescente (ECA), o que retira qualquer possibilidade de penalidade legal.

O avanço em relação ao suporte legal para a proposta ética é dado pela Lei nº 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente e pela revisão pela ONU da Conferência Mundial de População e Desenvolvimento (Cairo, 1995). Apesar desse avanço, continua a reivindicação dos profissionais da saúde quanto a necessidade de avançar-se ainda mais para que se amplie a visão do direito no campo da sexualidade e da saúde.

Fonte: Saito MI, Leal MM. Aspectos éticos da contracepção na adolescência. Rev Assoc Med Bras. 2003; 49(3):225-43.⁽¹⁶⁾

MÉTODOS

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados informatizadas MEDLINE, via PubMed, e SciELO, via BIREME. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: adolescente, sexualidade, contracepção, lei, ética. Pesquisou-se ainda as legislações nacionais publicadas em site dos órgãos oficiais, Ministério da Saúde, Estatuto da Criança e Adolescente e Associações de Classe: Conselho Federal de Medicina, Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia e Sociedade Brasileira de Pediatria. Consensos nacionais e internacionais e relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre a saúde sexual e reprodutiva e comportamento sexual na adolescência foram também considerados para leitura. Não houve limite inferior de data de publicação.

CONFLITO RELACIONADO À AUTONOMIA DA ADOLESCENTE



Circunstâncias nas quais os responsáveis não autorizam que a adolescente seja atendida sozinha, a realizar exames necessários para seu tratamento ou a levam, contra a sua vontade, para constatação de virgindade. O atendimento médico à adolescente, em especial o atendimento ginecológico, precisa assegurar maior privacidade a ela. O profissional deve avisar aos responsáveis dos benefícios de uma entrevista privada com a adolescente. O direito e os limites desse envolvimento à autonomia da adolescente devem ficar claros para a família e para a jovem, desde o primeiro contato. A adolescente tem o direito, independentemente da idade, de ser atendida sozinha em um espaço privado de consulta, onde se reconhece a sua autonomia e individualidade. A ausência dos pais ou responsáveis não deve impedir o atendimento, sendo a participação da família altamente desejável e deverá ser sempre incentivada pelos profissionais envolvidos no atendimento da adolescente.⁽¹⁸⁾

O atendimento médico à adolescente, em especial o atendimento ginecológico, precisa assegurar mais privacidade a ela. O profissional deve avisar aos responsáveis dos benefícios de uma entrevista privada com a adolescente. O direito e limites desse envolvimento à autonomia da adolescente devem ficar claros para a família e para a jovem, desde o primeiro contato.

O CFM emitiu o Parecer nº 2.797/1998, sobre o controle das DSTs na população adolescente e da realização de testes sorológicos. Rege o referido artigo que após a avaliação do discernimento do adolescente à realização de um exame anti-HIV, fica restrita à sua vontade, assim como a participação do resultado a outras pessoas. Também determina que nenhum paciente, independentemente da idade, é obrigado a realizar o teste de HIV, salvo em situações de doação de sangue, órgãos ou esperma (art. 5º, incisos II e X, da Constituição Federal), assim como não existe a obrigatoriedade da revelação da sua soropositividade a ninguém. No entanto, é caracterizado como crime a omissão da condição ao parceiro caso esteja tendo relações sexuais sem preservativo. Além de responder criminalmente pela imprudência e dano causado na Justiça Civil (artigos 129º, 131º e 132º do Código Penal).⁽¹⁹⁾

Sobre a constatação de virgindade, é necessário contextualizar a situação, intermediar a discussão entre a adolescente e seus responsáveis e esclarecer que laudos periciais são de responsabilidade de médicos legistas.

Ainda relacionada à autonomia da adolescente, uma outra situação geradora de dúvidas entre os profissionais que assistem adolescentes, por ser mais recente, refere-se à necessidade da realização de procedimentos de maior complexidade, que necessitem ou não de internação hospitalar, como cauterização de lesões em vulva, vagina ou colo uterino, inserção de implante, dispositivos intrauterinos etc. A nossa opinião, por serem procedimentos que podem ser acompanhados de complicações como hematomas, perfuração uterina, dentre outros, é que devem ser realizados sempre com a autorização ou a presença dos pais ou responsáveis.

CONFLITO RELACIONADO AO SIGILO E À CONFIDENCIALIDADE DA CONSULTA



A adolescente é atendida sozinha e menciona alguma informação que justifica a quebra de sigilo da consulta, porém ela não está de acordo. Em primeira análise, o profissional poderá estabelecer um pacto de confiança com a sua cliente, reafirmando o seu direito ao sigilo. No entanto, deverá ficar claro a ela que em algumas situações este pacto poderá ser violado. A adolescente deve ser incentivada a envolver seus responsáveis no acompanhamento e resolução dos seus problemas, sendo os limites da confidencialidade esclarecidos também para a família. Nas situações em que a quebra do sigilo é justificada e não havendo anuência da adolescente, após a equipe profissional tê-la encorajado a envolver a família e oferecer apoio na comunicação, a adolescente será esclarecida dos motivos para tal atitude, antes do repasse da informação aos seus pais e/ou responsáveis. Alguns motivos que justificam a quebra de sigilo são: déficit intelectual relevante, percepção da ideia de suicídio ou homicídio, falta de crítica por distúrbios psiquiátricos e drogadição, recusa ao tratamento por doenças de risco, casos nos quais haja referência explícita ou suspeita de abuso sexual, gravidez com ou sem o intuito de interrupção e atitudes que exponham a adolescente e/ou terceiros a risco de vida.

Nas situações em que a quebra do sigilo é justificada e não havendo anuência da adolescente, após a equipe profissional tê-la encorajado a envolver a família e oferecer apoio na comunicação, a adolescente será esclarecida dos motivos para tal atitude, antes do repasse da informação aos seus pais e/ou responsáveis.

CONFLITO RELACIONADO À ATIVIDADE SEXUAL EM MENORES DE 14 ANOS



Embora já bem documentado que o início das relações sexuais aconteça em idade cada vez mais precoce e que a gravidez na adolescência é no Brasil um problema de saúde pública, sendo preocupante o crescente número de gestações e partos abaixo de 14 anos,⁽²⁰⁾ a prescrição de contracepção nesta faixa etária é tema ainda polêmico.

A Lei 9.263/96 que regula o § 7º do artigo 226 da Constituição Federal que trata do Planejamento Familiar não faz menção à faixa etária a que se dispõe. O artigo 1º reza que “o planejamento familiar é direito de todo cidadão” e restringe o direito à esterelização aos menores de 25 anos.⁽²¹⁾ O ECA prevê que afastada uma situação de risco, a condição de pessoa em desenvolvimento não retira da criança e do adolescente o direito à inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a identidade, autonomia, valores e ideias, o direito de opinião e expressão, de buscar refúgio, auxílio e orientação. Por outro lado, o artigo 217-A, do Código Penal nos termos da Lei nº 12.015/2009, denomina estupro de vulnerável: ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos.

Nesse contexto, frente ao risco da gravidez na adolescência, pelas constantes mudanças que ocorrem na sociedade e até que novas leis sejam criadas para elucidarem os conflitos relacionados ao tema, não se deve levar em consideração apenas a idade para prescrição da contracepção. O profissional ao atender uma adolescente, sozinha ou acompanhada pelos seus responsáveis, que solicita a prescrição de contracepção e pede sigilo, deve avaliar de forma criteriosa em qual contexto está inserida a relação sexual desta adolescente, seu parceiro é seu namorado? Parente? Qual a diferença de idade entre eles? Existe suspeita de vitimização, abuso? A solitação de contracepção é antes do estabelecimento da menarca? Essas situações podem caracterizar um cenário em que o profissional poderá decidir sobre a não prescrição e/ou a quebra de sigilo. Recomenda-se ainda que o prontuário médico seja bem documentado com todas as informações pertinentes ao caso.

O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos anticoncepcionais respeitadas as ressalvas, do artigo 103º do Código de Ética Médica. Em relação ao temor da prescrição de anticoncepcionais

para menores de 14 anos (violência presumida de estupro), todos os representantes da área jurídica que estiveram presentes no Fórum Adolescência, Contracepção e Ética em 2002 foram unânimes em afirmar que essa presunção deixa de existir frente à informação do profissional, de sua não ocorrência. Devendo ser consideradas todas as medidas cabíveis para melhor proteção da saúde do adolescente, o que retira qualquer possibilidade de penalidade legal.⁽¹⁵⁾ Segundo a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, a prescrição de métodos anticoncepcionais para menores de 14 anos deverá levar em conta a solicitação delas, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, o que não constitui ato ilícito.⁽²²⁾

Referente ainda ao tema contracepção, a adolescente deve ser esclarecida sobre as situações que a contracepção de emergência pode ser usada. A resolução do CFM no 1811/2006 estabelece normas éticas de utilização da anticoncepção de emergência. Nas considerações sobre seu uso por adolescentes, a resolução em seu artigo 4o, afirma que a anticoncepção de emergência pode ser utilizada em qualquer etapa da vida reprodutiva e fase do ciclo menstrual, como forma de prevenção da gravidez. A resolução enfatiza ainda que a anticoncepção emergencial não se trata de interrupção da gestação, por isso, não viola os preceitos legais do Código Penal Brasileiro.⁽²³⁾

Concluindo, a prescrição de anticoncepcional à adolescente menor de 14 anos deve ser criteriosa, não constituindo ato ilícito por parte do médico desde que não haja situação de abuso ou vitimização da menor e que a adolescente detenha capacidade de autodeterminação com responsabilidade e consciência a respeito dos aspectos que envolvem a sua saúde e a sua vida. A adolescente tem o direito de ser atendida sem a presença dos pais ou responsáveis, a ausência desses não deve impedir o atendimento médico da jovem, sendo os responsáveis informados sobre o conteúdo das consultas, com o expresso consentimento da adolescente.

A prescrição de anticoncepcional à adolescente menor de 14 anos deve ser criteriosa, não constituindo ato ilícito por parte do médico, desde que não haja situação de abuso ou vitimização da menor e que a adolescente detenha capacidade de autodeterminação com responsabilidade e consciência a respeito dos aspectos que envolvem a sua saúde e a sua vida.

CONFLITO RELACIONADO À VIOLÊNCIA: RELATOS OU SUSPEITA DE ABUSO SEXUAL, ESTUPRO, VIOLÊNCIA FÍSICA, PSICOLÓGICA OU MORAL

Situações em que o profissional toma ciência das diversas modalidades de violência sexual, ao serem relatada, evidenciadas ou constatadas, durante o atendimento, mas negadas pela adolescente e pela família.

O Código de Ética Médica diz textualmente, no artigo 102º, que é vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude de exercício de sua profissão, salvo por justa causa, dever legal ou autorização expressa do paciente. O artigo 103º refere-se à menor de idade, e a proibição vale, inclusive, para seus pais ou responsáveis, mas faz duas ressalvas: o sigilo pode não ser mantido caso o menor não tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo ou se a não revelação puder acarretar danos ao paciente. Dois outros textos legais são importantes para clarificar a questão. A Lei nº 8.069/90 do Estatuto da Criança e do Adolescente, artigo 13º, apena o médico que deixar de comunicar à autoridade competente, Conselho Tutelar da respectiva localidade, os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, sem prejuízo de outras providências legais. No mesmo estatuto, no artigo 245º diz que a situação será considerada como infração administrativa se o médico, o professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, deixar de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente. Como pena, multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência.

Do entendimento combinado do Código de Ética Médica com os dispositivos legais acima citados, podemos concluir que os profissionais de saúde e/ou da educação têm o dever legal de comunicar à autoridade competente casos de maus tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes, ainda que haja apenas suspeita. A comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando assim violação do segredo profissional.

É imprescindível que cada caso seja avaliado com cautela e de preferência por uma equipe multidisciplinar, discutindo-se o melhor momento para a notificação

e como essa será realizada. Essa postura poderá evitar danos graves por tomadas de decisões intempestuosas e ou equivocadas.

Os profissionais de saúde e/ou da educação têm o dever legal de comunicar à autoridade competente casos de maus tratos e de abuso sexual contra crianças e adolescentes, ainda que haja apenas suspeita. A comunicação à autoridade competente não acarreta infração ética por parte do médico, não se configurando, assim, violação do segredo profissional.



A norma técnica do Ministério da Saúde referente à prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes⁽²⁴⁾ inclui expressamente as adolescentes como beneficiárias, exigindo a autorização do representante legal tão somente para realização do aborto, caso a violência sexual resulte em gravidez.

Nos casos, em que ocorrerem divergências, relacionados ao desejo da continuidade da gravidez, entre adolescente e seus representantes legais, de início há de se respeitar o direito de escolha da adolescente e nenhum encaminhamento ou procedimento que se oponha à vontade da paciente deve ser realizado. Posteriormente, caso o desacordo persista, a equipe de saúde deverá garantir que o conflito de interesses seja resolvido por meio do Poder Judiciário, acionado, pelo Conselho Tutelar ou Promotoria de Justiça da Infância e da Juventude, cuja decisão buscará garantir o interesse da adolescente.⁽⁶⁾ O acompanhamento psicossocial deve ser indicado e oferecido à família e à adolescente.



No atendimento à saúde dos adolescentes, os profissionais devem contextualizar a situação, caracterizar a competência desses; conhecer as leis e estatutos e documentar sempre de maneira cuidadosa as informações colhidas e condutas adotadas. Nas situações conflitantes, considerar os princípios da beneficência e não maleficência, respeitar a autonomia e a justiça que abrangem a maioria das questões éticas que se aplica aos cuidados de saúde. O profissional deverá, ainda, estimular a adolescente ao envolvimento dos pais e/ou responsáveis, oferecer apoio nas situações que exigem a quebra do sigilo, ouvir, interagir e propor discussões que levem a decisões menos danosas para ambos os lados.

Este artigo propõe a atualização das Diretrizes do Fórum de Adolescência, Anticoncepção e Ética de 2002, ampliando as suas recomendações além do âmbito da anticoncepção. A adolescente, pelas suas peculiaridades e vulnerabilidades, representa uma importante parcela da clientela assistida por ginecologistas, sendo imprescindível atender as suas necessidades sexuais e reprodutivas. Uma nova postura e qualificação profissional, com enfoque não só para a adolescente e sua família, mas também para as mudanças culturais e sociais, fazem-se necessário.

REFERÊNCIAS

1. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EF. Adolescência através dos séculos. *Psicol Teor Pesq.* 2010;26(2):227-34.
2. Osório LC. Adolescente hoje. 2a ed. Porto Alegre: Artes Médicas;1992.
3. Vitale MS. Alguns pontos conceituais sobre sexualidade na adolescência. *Rev Paul Pediatr.* 2003; 21(2):89-94.
4. Villela WV, Doreto DT. Young people's sexual experience. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(11):2467-72.
5. Meyer DE, Mello DF, Valadão MM, Ayres JR. "Você aprende. A gente ensina?": interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(6):1335-42.
6. Ventura M, Corrêa S. Adolescência, sexualidade e reprodução: construções culturais, controvérsias normativas, alternativas interpretativas. *Cad. Saúde Pública.* 2006; 22(7):1505-9.
7. Organização Mundial de Saúde (OMS). Saúde reprodutiva de adolescentes: uma estratégia para ação [Internet]. Genebra: Organização Mundial de Saúde/FNUAP/ UNICEF; 1989. [citado 2017 Fev 13]. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/cd03_11.pdf>.
8. Brasil. Leis e decretos. Estatuto da criança e do adolescente. Lei Federal no 8.069/90 de 13 de julho de 1990. Brasília: Presidência da República; 1990.
9. Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União, Brasília (DF),* 11 jan. 2002.
10. Moraes SP, Vitale, MS. Direitos sexuais e reprodutivos na adolescência. *Rev Assoc Med Bras.* 2012; 58(1):48-52.
11. Conselho Federal de Medicina (Brasil). Resolução no 1.931, de 24 de setembro de 2009. Aprova o código de ética médica. *Diário Oficial da União.* 24 set. 2009; (183, seção I):90-2. Retificações em: *Diário Oficial da União.* 13 out 2009; (195, seção I):173.
12. Constituição Federal, Código Penal, Código de Processo Penal. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais; 2000.

- 13.** Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): Senado; 1988.
- 14.** Ventura M, organizador. Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos. Síntese para gestores, legisladores e operadores do direito. Rio de Janeiro: Advocaci; 2003.
- 15.** Saito MI, Leal MM, Silva LE. O exercício da sexualidade na adolescência: a contracepção em questão. *Pediatria (São Paulo)* 2003; 25(1/2):36-42.
- 16.** Saito MI, Leal MM. Aspectos éticos da contracepção na adolescência. *Rev Assoc Med Bras* 2003; 49(3):225-43.
- 17.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
- 18.** Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos no atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatr.* 1999; 17:95-7.
- 19.** Taquette SR. Conduta ética no atendimento à saúde de adolescentes. *Adolescência e Saúde.* 2010; 7(1):6-11.
- 20.** Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015/IBGE. Rio de Janeiro: IBGE; 2015. 137p.
- 21.** Brasil, Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226º da Constituição Federal, que trata do Planejamento Familiar [Internet]. Brasília (DF); 1996. [citado 2017 Fev 12]. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/lesi/19263.htm>.
- 22.** FEBRASGO. Manual de Ginecologia Infanto Juvenil. São Paulo, 2014;213-20.
- 23.** Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.811/2006. Estabelece normas éticas para a utilização, pelos médicos, da anticoncepção de emergência, devido a essa não ferir os dispositivos legais vigentes no país [Internet]. [citado 2017 Fev 12]. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br>>.
- 24.** Brasil. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher, Secretaria de Políticas da Saúde, Norma técnica: prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes. Anexo I considerações gerais para o uso de profilaxia de hepatite B, HIV e outras DSTs após situações de exposição sexual. 2a. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

ANTICONCEPÇÃO PARA ADOLESCENTES

CONTRACEPTION FOR ADOLESCENTS

Rogério Bonassi Machado¹

1. Doutor em Ginecologia, Professor Adjunto de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil; Presidente da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da FEBRASGO.

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 os preservativos e o coito interrompido, seguido das pílulas combinadas. Observa-se, no entanto, que os métodos que dependem do uso correto da adolescente, a exemplo dos métodos de curto prazo como a pílula, apresentam maior número de falhas quando comparado a mulheres adultas. Recentemente, estratégias têm sido adotadas para aumentar a disponibilidade de métodos reversíveis de longa ação (métodos intrauterinos e implantes) para adolescentes, com resultados animadores na prevenção da gravidez não planejada. 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.

Palavras-chave:

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

ABSTRACT

Adolescents want a safe and effective method of contraception, but find barriers to the knowledge of different options and their access. Age alone does not contraindicate any contraceptive method. Adolescents, on the other hand, have a greater number of contraceptive options because of age-specific health conditions. The most popular forms of contraception in adolescents are condoms and withdraw, followed by combined pills. It is observed, however, that the methods that depend on the correct use of the adolescent, like short-term methods such as the pill, present a greater number of failures when compared to adult women. Recently, strategies have been adopted to increase the availability of reversible long-acting methods (intrauterine methods and implants) for adolescents with encouraging results in preventing unplanned pregnancy. Health professionals involved in contraception should prioritize counseling and training in the provision of contraceptive methods for adolescents, observing cultural and ethical aspects of this important phase of women's life.

Keywords:

Contraception; Adolescent; Counseling; Estrogens; Progestins; Intrauterine devices

HIGHLIGHTS - AO FINAL DA LEITURA, ESPERA-SE QUE:

1. Os profissionais de saúde possam situar-se no cenário atual da anticoncepção para adolescentes no Brasil;
2. A complexidade da escolha dos métodos contraceptivos para a dolescentes seja compreendida;
3. As principais barreiras que limitam a disponibilização de anticoncepcionais para adolescentes sejam identificadas;
4. Os aspectos éticos no atendimento à adolescente sejam observados;
5. A abordagem da adolescente que requer anticoncepção seja realizada de forma sistemática, incluindo os aspectos socioculturais, médicos e a liberdade de escolha da paciente em conjunto com a melhor orientação médica.

INTRODUÇÃO

A escolha do método contraceptivo concentra-se em decisão individual, orientada por particularidades que envolvem aspectos clínicos, incluindo idade, fatores de risco e doenças associadas. Embora a idade isoladamente não represente contraindicações aos diferentes contraceptivos, algumas etapas de 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 Organização Mundial da Saúde⁽²⁾, abordaremos neste capítulo tópicos de discussão ainda controversos envolvendo a anticoncepção para adolescentes.

QUESTÕES ÉTICAS DA INDICAÇÃO/ PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS



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 13/07/90) 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, em que as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser informadas a seus pais e ou a 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 ao profissional que assim se conduz.^(4,5)

A Sociedade de Pediatria Brasileira (SBP) junto com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) elaboraram documento de que a “prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade. 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 pode-se considerar o consentimento da adolescente e do responsável, reforçando o aconselhamento contraceptivo.⁽⁷⁾

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 13/07/90) 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, em que as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser informadas a seus pais e ou a 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 ao profissional que assim se conduz.^(4,5)

A Sociedade de Pediatria Brasileira (SBP) junto com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) elaboraram documento de que a “prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade. 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 pode-se considerar o consentimento da adolescente e do responsável, reforçando o aconselhamento contraceptivo.⁽⁷⁾

O CENÁRIO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO PARA 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 das 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 a seu acesso, muitas vezes pelo alto custo inicial.

Quando se orienta uma adolescente quanto à contracepção, há necessidade de apresentar todos os métodos disponíveis, incluindo dispositivos intrauterinos (DIUs) e implantes, os chamados LARCs (*Long Acting Reversible Contraceptives*). Porém, muitos médicos não se sentem seguros em inserir DIUs e implantes em adolescentes, porque não são treinados para fazê-lo. Uma pesquisa com profissionais da saúde, predominantemente médicos, concluiu que apenas 31% desses profissionais consideravam DIU como método apropriado para adolescentes, sendo que 50% inseririam o DIU em uma adolescente de 17 anos com um filho e apenas 19% o fariam numa adolescente de mesma idade sem filhos.⁽⁹⁾

Atualmente, as formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguido de pílulas.⁽¹⁰⁾ Somente 3,6% das mulheres entre 15 e 19 anos usam DIU. O uso de métodos menos confiáveis provavelmente contribui para a taxa de 80% de gestação indesejada entre adolescentes de 15 e 19 anos de idade.⁽¹⁰⁾

ELEMENTOS-CHAVE NO ACONSELHAMENTO ANTICONCEPCIONAL PARA ADOLESCENTES



Adolescentes entre 15 e 19 anos apresentam menos conhecimento e menor taxa de utilização de métodos contraceptivos e, dessa forma, as mais altas necessidades não atendidas entre todas as faixas etárias.⁽¹¹⁻¹⁴⁾ O aconselhamento contraceptivo para adolescentes deve ser holístico, levando em consideração aspectos da saúde reprodutiva e sexual e, assim, possibilitando a oferta de todos os métodos anticoncepcionais disponíveis. Nenhum método contraceptivo (com exceção dos métodos definitivos) deve ser contraindicado baseando-se unicamente na idade.⁽²⁾ Infelizmente, existem várias barreiras ao uso consistente e correto dos contraceptivos entre adolescentes. A falta de conhecimento, aconselhamento inadequado, tabus socioculturais, restrições legais e atitudes moralistas quanto à sexualidade nesse grupo etário são comuns mesmo entre adolescentes que escolhem ou desejam um método contraceptivo.⁽¹⁵⁾ Nesse sentido, a aceitação de determinado contraceptivo varia de acordo com os diferentes regiões no mundo. Embora os LARCs sejam priorizados por algumas entidades médicas, dificuldades no acesso e na aceitabilidade pela adolescente mostram que métodos tradicionais, como os contraceptivos orais combinados (COCs) e preservativos, devem ser foco de aconselhamento por profissionais de saúde, visando à melhora das taxas de continuidade e, em última análise, à redução da possibilidade de gestações não planejadas.⁽¹⁶⁻¹⁸⁾

São identificados, ainda, desconhecimento dos benefícios extracontraceptivos dos anticoncepcionais e mitos em relação ao uso de métodos anticoncepcionais na adolescência (Figura 1).⁽¹⁵⁾

FIGURA 1. MITOS EM RELAÇÃO À ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA⁽¹⁵⁾

COC

- Causa ganho de peso
- Requer exame ginecológico para sua iniciação
- É menos eficaz que os preservativos
- Requer pausas a cada dois anos
- Afeta a fertilidade

COC: contraceptivo oral combinado.

MÉTODOS INTRAUTERINOS

- Só podem ser usados em quem já teve filhos
- Necessitam de cirurgia para colocação
- Não podem ser usados absorventes internos

INJETÁVEIS

- Causam efeitos negativos em longo prazo
- Causam infertilidade

ANEL VAGINAL

- Precisa ser colocado por médico

Dessa maneira, o aconselhamento contraceptivo para adolescentes tem importância crucial. Bitzer et al.⁽¹⁵⁾ propuseram abordagem sistemática, sob a forma de *check-list*, contendo aspectos relevantes na consulta de adolescentes que buscam orientação contraceptiva, cujos principais elementos são:

ACOLHIMENTO

- Reforçar a confidencialidade e privacidade
- Reconhecer a individualidade da adolescente (é diferente da mulher adulta)
- Informar que não há necessidade de exame ginecológico inicial
- Criar ambiente aberto e empático

O QUE PERGUNTAR?

- Histórico sexual, uso prévio de contraceptivos
- História médica
- Relacionamento atual e preocupações
- Expectativa do método contraceptivo
- Habilidade e motivação para o uso correto
- Opinião sobre métodos injetáveis e LARC
- Apoio em casa, apoio do parceiro
- Há necessidade de esconder o método?

CHECAR

- Conhecimento do método e preferência
- Qualidade do conhecimento, incluindo medo e preocupação
- Se o método é adequado para necessidades e expectativas
- Identificar opções aceitáveis
- Se há necessidade de screening para DST
- Ajudar na escolha do método

FALAR

- Sobre mecanismos de ação, eficácia, uso correto e como iniciar o método
- Sobre o impacto do método sobre o ciclo menstrual
- Potenciais eventos adversos
- Benefícios não contraceptivos
- Sobre consultas de seguimento

TRANQUILIZAR (reforço positivo)

- Reforçar que os benefícios dos contraceptivos superam os riscos
- Uso consistente. Não é necessário interromper o método sem o contato com o médico
- Reforçar que a anticoncepção é a primeira etapa da vida sexual segura
- Verificar medos e preocupações que podem não ter sido esclarecidos

QUESTÕES RELEVANTES ENVOLVENDO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PARA ADOLESCENTES



EFICÁCIA E CONTINUIDADE DOS CONTRACEPTIVOS EM ADOLESCENTES

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.⁽¹⁹⁾

O Projeto *CHOICE* avaliou as taxas de satisfação e continuidade entre todos os métodos contraceptivos reversíveis, incluindo os LARCs.⁽⁸⁾ Os resultados desse estudo mostraram que as taxas de continuidade e satisfação foram maiores entre as usuárias de LARCs (em todas as faixas etárias), quando comparadas às dos métodos contraceptivos de curta duração (86,2 *versus* 54,7% e 83,7 *versus* 52,7%, respectivamente). Vale ressaltar, também, que a taxa de descontinuidade global foi maior entre as adolescentes (14-19 anos de idade) comparada às mulheres adultas (> 25 anos de idade). Além disso, dois terços das adolescentes usuárias dos LARCs continuaram com seu método, enquanto apenas um terço das usuárias dos métodos de curta duração continuaram com o seu, durante dois anos. As adolescentes do estudo *CHOICE* apresentaram menor taxa de satisfação com os métodos de curta duração do que as mulheres adultas. Porém, as taxas de satisfação entre as usuárias de LARCs foi elevada e similar entre adolescentes e mulheres adultas.⁽²⁰⁾ Entidades internacionais, como o Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia, apoiam e ressaltam a importância dos métodos de longa ação para adolescentes como primeira linha de atenção contraceptiva, baseados na continuidade e eficácia.⁽¹⁶⁾

Por outro lado, estudos envolvendo contraceptivos orais combinados também mostraram menor continuidade e índice de falha em adolescentes.^(21,22) 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⁾

Os índices de falha dos métodos contraceptivos e suas taxas de continuidade estão expostos na Tabela 1.⁽¹⁷⁾

TABELA 1. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: ÍNDICE DE PEARL, FALHA DE USO E CONTINUIDADE DE USO⁽¹⁷⁾

MÉTODOS	ÍNDICE DE PEARL ^a	FALHA DE USO (efetividade) ^a	CONTINUIDADE ^b (%)
NÃO REVERSÍVEIS			
Esterilização			
Ligadura tubária	0,04	0,15-0,5	
Vasectomia	0,01	0,02	
REVERSÍVEIS			
1. Contracepção hormonal			
COC	0,01	9	12
POP ^c	0,4		
Injetáveis combinados			
Injetável trimestral -DMPA			
Implante de etonogestrel	<1,0	6	32-45
Adesivos transdérmicos	0,7	0,05	78-91
Anel vaginal	0,65	0,88	
2. Dispositivo intrauterino (DIU)			
TCu380A	0,3-0,5	0,3	78
SIU	0,5-1,0	0,14	81
3. Métodos de barreira			
<i>Condom</i>	2,0	18	60
Diafragma	2,0	12	
Capuz cervical	2,0	17-23	
Espermicida	3,0	28	
4. Métodos comportamentais			
		24	28-26
Ritmo (Ogino-Knaus)	2,0		
Muco cervical	3,5		28-26
Sintotérmico	10-19		
Coito interrompido	16		
Ducha vaginal			

^aNúmero de gestações/100 mulheres/ano;

^bContinuidade de uso do método após um ano;

^cAnticoncepcional oral só com progestógeno (Progestagen only pill).

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.⁽²³⁾ 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.⁽¹⁷⁾

DENSIDADE MINERAL ÓSSEA (DMO)

A supressão gonadotrófica característica dos métodos hormonais determina redução dos níveis estrogênicos endógenos. Entretanto, os contraceptivos hormonais contendo estrogênios têm efeito positivo sobre a DMO, não havendo restrições ao seu uso; contrariamente, propiciam ganho de massa óssea e podem ser utilizados na adolescência.⁽¹⁷⁾

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.⁽²⁴⁾

ACNE

A acne é bastante comum entre adolescentes, que frequentemente 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 pilossebácea e bloqueio da atividade androgênica na unidade pilossebácea. 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. A somatória desses efeitos caracteriza o efeito antiandrogênico comum a todos os anticoncepcionais orais.⁽²⁵⁾ 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 dros-pirenona ou a clormadinona –, cujo efeito é amplificado pela ação direta desses compostos bloqueando o receptor androgênico na unidade pilossebácea.⁽²⁵⁾ Deve-se considerar, no entanto, que, mesmo nessas condições, os efeitos sobre a melhora da acne parecem ser similares ao de se utilizar compostos com ciproterona, dros-pirenona, desogestrel ou gestodeno, embora não existam estudos comparativos diretos entre todas as formulações disponíveis de anticoncepcionais.⁽²⁶⁾

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 implante de etonogestrel. Em todos os compostos, o uso é ininterrupto, sendo o padrão menstrual imprevisível, tendendo a 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 em 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.⁽¹⁷⁾ Existe, por outro lado, preocupação com o uso da AMPd em adolescentes com histórico familiar ou fatores de risco para osteoporose: estudos mostram redução na DMO com esse contraceptivo, que tende a normalizar-se após a suspensão do método.⁽²⁷⁾ Assim, parece prudente não utilizar o AMPd por longo período.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) E SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL (SIU-LNG)

O benefício dos métodos intrauterinos (DIU e SIU) supera os riscos, podendo ser utilizados em adolescentes. Deve-se considerar, no entanto, a maior propensão à expulsão devido à nuliparidade.⁽⁷⁾

CONDOM

Tem-se recomendado em adolescentes o uso concomitante do condom, independentemente do método contraceptivo escolhido, visando à proteção contra as DSTs.⁽¹⁷⁾ 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*. 2006; 34(1):20-22.
2. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
3. Estatuto da Criança e do Adolescente. 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): 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. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos no atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatr*. 1999; 17:95-7.
6. Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saúde*. 2005;2(2):6-7.
7. Machado RB, Brito MB, Finotti MF, Franceschini SA, Guazelli CA, Lubianca JN, et al. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia; 2016. (Série Orientações e Recomendações, no.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 St. 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 Health Stat* 23. 2010;(30):1-47.
11. United Nations. Beijing Declaration and Platform for Action [Internet]. Beijing: United Nations; 1995. p.1-132; [cited 2015 Jul 9]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>.

- 12.** Loaiza E, Liang M. Adolescent pregnancy: a review of the evidence [Internet]. New York: INFPFA; 2013. [cited 2016 Jul 4]. Available from: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf.
- 13.** International Conference on Population and Development [Internet]. Beyond; 2014 Review. [cited 2015 Apr 10]. Available from: <http://www.unfpa.org/icpd>.
- 14.** Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Philips SJ, Williamson NE, Hainsworth G. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers and access. *Reprod Health*. 2014; 11(1):1.
- 15.** Bitzer J, Abalos V, Apter D, Martin R, Black A; Global CARE (Contraception: Access, Resources, Education) Group. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016; 21(6):417-430.
- 16.** American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 121: Long-acting reversible contraception: Implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(1):184-96.
- 17.** American academy of pediatrics; Committee on adolescence. Policy statement. Contraception for adolescents. *Pediatrics*. 2014; 134:e1244–e1256.
- 18.** National Institute for Health and Care Excellence [Internet]. Contraceptive services with a focus on young people up to the age of 25. NICE public health guidance 15, March 2014; [cited 2016 Jul 5]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ph51>.
- 19.** 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.
- 20.** 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.
- 21.** Dinger JC, Minh TD, Buttmann 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.

- 22.** 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*. 2017; 22(1):17-23.
- 23.** Borsos A, Lampe L, Balogh A, Csoknyay J, Ditrò F, Székely P. Ovarian function after the menarche and hormonal contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 1988; 27(2):249-53.
- 24.** Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 25(1):CD003987. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD003987.
- 25.** Schindler AE. Antiandrogenic progestins for treatment of signs of androgenization and hormonal contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2004; 112(2):136-41
- 26.** Arowojolu AO, Gallo MF, Grimes DA et al. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2006. Oxford: Update Software.
- 27.** 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.

Mais do que um
anticoncepcional,
um amigo que enche
a adolescente de
cuidados.



IUMI - drospirenona 3 mg + etinilestradiol 0,02 mg com 24 ou 72 comprimidos revestidos. Uso oral e adulto. Indicações: Contraceptivo oral, com efeitos antimínimo e corticóide e antiandrogênico que beneficiam também as mulheres que apresentam retenção de líquido de origem hormonal e seus sintomas. Tratamento de *acne vulgaris* moderada em mulheres que buscam adicionalmente proteção contraceptiva. **Contraindicações:** Contraceptivos orais combinados (COCs) não devem ser utilizados na presença das condições listadas abaixo. Se qualquer uma destas condições ocorrer pela primeira vez durante o uso de COCs, a sua utilização deve ser descontinuada imediatamente. Presença ou história de processos trombóticos/tromboembólicos arteriais ou venosos como, por exemplo, trombose venosa profunda, embolia pulmonar, infarto do miocárdio; ou de acidente vascular cerebral; Presença ou história de sintomas e/ou sinais prodromáticos de trombose (p. ex.: episódio isquêmico transitório e angina pectoris); Um alto risco de trombose arterial ou venosa (veja item "Advertências e precauções"); História de enxaqueca com sintomas neurológicos focais; Diabetes mellitus com alterações vasculares; Doença hepática grave, enquanto os valores da função hepática não retornarem ao normal; Insuficiência renal grave ou insuficiência renal aguda; Presença ou história de tumores hepáticos (benignos ou malignos); Diagnóstico ou suspeita de neoplasias dependentes de esteroides sexuais (p. ex.: dos órgãos genitais ou das mamas); Sangramento vaginal não diagnosticado; Suspeita ou diagnóstico de gravidez; Hipersensibilidade às substâncias ativas ou a qualquer um dos componentes do produto. **Precauções e Advertências:** Em caso de ocorrência de qualquer uma das condições ou fatores de risco mencionados a seguir, os benefícios da utilização de COCs devem ser avaliados frente aos possíveis riscos para cada paciente individualmente e discutidos com a mesma antes de optar pelo início de sua utilização. Em casos de agravamento, exacerbação ou aparecimento pela primeira vez de qualquer uma dessas condições ou fatores de risco, a paciente deve entrar em contato com seu médico. Nestes casos, a continuação do uso do produto deve ficar a critério médico. **Gravidez e lactação:** Categoria de risco na gravidez: X. (Em estudos em animais e mulheres grávidas, o fármaco provocou anomalias fetais, havendo clara evidência de risco para o feto que é maior do que qualquer benefício possível para a paciente). **Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento.** Iumi é contraindicado durante a gravidez. Caso a paciente engravidar durante o uso de Iumi, deve-se descontinuar o seu uso. Entretanto, estudos epidemiológicos abrangentes não revelaram risco aumentado de malformações congênitas em crianças nascidas de mulheres que tenham utilizado COC antes da gestação. Também não foram verificados efeitos teratogênicos decorrentes da ingestão acidental de COCs no início da gestação. Os dados disponíveis sobre o uso de Iumi durante a gravidez são muito limitados para extrair conclusões sobre efeitos negativos do produto na gravidez, saúde do feto ou do neonato. Ainda não existem dados epidemiológicos relevantes. Os COCs podem afetar a lactação, uma vez que podem reduzir a quantidade e alterar a composição do leite materno. Portanto, em geral, não é recomendável o uso de COCs até que a lactante tenha suspenso completamente a amamentação do seu filho. Pequenas quantidades dos esteroides contraceptivos e/ou de seus metabólitos podem ser excretadas com o leite materno. **INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E ALCÓOL:** fenitoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, modafinila e oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo erva-de-são-jão; certos antibióticos, como as penicilinas e tetraciclina; inibidores da enzima conversora de angiotensina (ACE), antagonistas do receptor de angiotensina II, indometacina, diuréticos poupadores de potássio e antagonistas da aldosterona. **REAÇÕES ADVERSAS E ALTERAÇÕES DE EXAMES LABORATORIAIS:** intolerância às lentes de contato; náusea e dor abdominal; vômitos e diarreia; hipersensibilidade; aumento de peso corporal; diminuição de peso corporal; retenção de líquido; cefaleia; enxaqueca; estados depressivos e alterações de humor; diminuição ou aumento da libido; dor e hipersensibilidade nas mamas; hipertrofia mamária; secreção vaginal e secreção das mamas; erupção cutânea e urticária; eritema nodoso e eritema multiforme. Em mulheres com angioedema hereditário, estrogênios exógenos podem induzir ou intensificar os sintomas de angioedema. **INTERAÇÕES COM TESTES LABORATORIAIS:** pode alterar os parâmetros bioquímicos da função hepática, tireoideana, adrenal e renal; os níveis plasmáticos de proteínas transportadoras (como globulina de ligação a corticosteroides e frações lipídico-lipoproteicas); parâmetros do metabolismo de carboidratos e parâmetros da coagulação e fibrinólise. A drospirenona provoca aumento na aldosterona plasmática e na atividade da renina plasmática. **POSOLOGIA:** um comprimido por dia durante 24 dias consecutivos, sempre no mesmo horário, iniciando no primeiro dia de sangramento até o final da cartela. Cada nova cartela deve ser iniciada após um intervalo de pausa de quatro dias sem a ingestão dos comprimidos, no qual deve ocorrer sangramento (ou privação hormonal). A nova cartela deve ser iniciada no quinto dia, independente do sangramento ter ou não cessado. Na troca de outro contraceptivo oral combinado (COC) para Iumi, iniciar o tratamento no dia seguinte após a ingestão do último comprimido ativo do COC ou no máximo, no dia seguinte ao último dia de pausa ou da tomada dos comprimidos inertes. Na troca da utilização de anel vaginal ou adesivo transdérmico, iniciar Iumi no dia da retirada do anel ou no máximo no dia previsto da próxima aplicação. Se a paciente estiver mudando de um método contraceptivo contendo somente progesterona poderá iniciar Iumi em qualquer dia no caso da minipílula; no dia da retirada do implante ou do SIL; ou no dia previsto para a próxima injeção. Nesses casos, recomendar o uso adicional de método de barreira nos 7 primeiros dias de ingestão. **Reg. MS 1.0033.0154. Farm. resp.: Cintia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125. LIBBS FARMACEUTICA LTDA. CNPJ 61.230.314/0001-75. Rua Alberto Correia Francfort, 88. Embu das Artes-SP. Indústria Brasileira. IUMI-MB10-15. Serviço de Atendimento Libbs: 0800-0135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistirem os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.**

CONTRAINDICAÇÕES: trombose venosa profunda;
INTERAÇÕES COM
MEDICAMENTOS:
antibacterianos/
antifúngicos.

iumi
drospirenona 3mg
etinilestradiol 0,02mg

Libbs
Porque se trata de vida



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

APOIO

Libbs
Porque se trata da vida