

SÉRIE, ORIENTAÇÕES
E RECOMENDAÇÕES
FEBRASGO

Nº 9 • 2017



ANTICONCEPÇÃO PARA ADOLESCENTES



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

© reprodução autorizada pelo autor

Anticoncepção para adolescentes – São Paulo: Connexomm, 2017.

Série Orientações e recomendações FEBRASGO. n. 9, 2017.

1.Anticoncepção. 2.Adolescente. 3.Aconselhamento.
4.Estrogênios. 5.Progestinas 6.Dispositivos intrauterinos.

ISSN 2525-6416

NLM WP630

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. ANTICONCEPÇÃO PARA ADOLESCENTES.....	9
ROGÉRIO BONASSI MACHADO	
RESUMO.....	10
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO.....	12
QUESTÕES ÉTICAS DA INDICAÇÃO/PRESCRIÇÃO DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS.....	13
O CENÁRIO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO PARA ADOLESCENTES.....	14
ELEMENTOS-CHAVE NO ACONSELHAMENTO ANTICONCEPCIONAL PARA ADOLESCENTES.....	15
QUESTÕES RELEVANTES ENVOLVENDO MÉTODOS CONTRACEPTIVOS PARA ADOLESCENTES	19
REFERÊNCIAS.....	23

ANTICONCEPÇÃO PARA ADOLESCENTES

CONTRACEPTION FOR ADOLESCENTS

Rogério Bonassi Machado

Professor Adjunto de Ginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí - São Paulo

Doutor em Ginecologia pela Escola Paulista de Medicina

Presidente da Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção da FEBRASGO

Endereço para correspondência:

Rua Major Gustavo Adolfo Storch 125/404 - 13209-080 - Jundiaí - São Paulo

Email: rbonassi@me.com

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 tem maior número de opções contraceptivas em virtude das condições de saúde próprias da idade. As formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguido das pílulas combinadas. Observa-se, no entanto, que os métodos que dependem do uso correto da adolescente apresentam maior número de falhas quando comparado a mulheres adultas. Profissionais de saúde envolvidos em medidas contraceptivas devem priorizar o aconselhamento e a capacitação para a oferta dos métodos contraceptivos para adolescentes, observando aspectos culturais e éticos nessa importante fase da vida feminina.

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 present a greater number of failures when compared to adult women. Health care providers 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.

Key-words:

contraception, adolescent, counseling, estrogens, progestins, intrauterine devices.

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 contra-indicações 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 período entre o início da puberdade e a idade adulta, referindo-se na maioria das vezes a jovens com idade abaixo dos 18 anos¹.

Uma vez que as indicações e contra-indicações específicas de cada método contraceptivo encontram-se bem estabelecidas por meio dos Critérios de Elegibilidade da Organização Mundial da Saúde², abordaremos nesse 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 8069 de 13-07-90) dispõe claramente sobre questões importantes no atendimento de adolescentes que requerem métodos contraceptivos, fundamentados nos direitos de privacidade e confidencialidade³. A adolescente tem direito a privacidade, ou seja, de ser atendida sozinha, em espaço privado de consulta. Por sua vez, a define-se confidencialidade como um acordo entre médico e paciente, onde as informações discutidas durante e depois da consulta não podem ser informadas a seus pais e ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente. A confidencialidade apóia-se em regras da bioética médica, através 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 Sociedades 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 idade⁶. 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 a 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 contraceptivo⁷.

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 15–19 anos⁸. 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 implantes⁹. Atualmente, as formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguido de pílulas¹⁰. Somente 3,6% das mulheres entre 15-19 anos usam métodos intrauterinos¹⁰.

ELEMENTOS CHAVE NO ACONSELHAMENTO ANTICONCEPCIONAL PARA ADOLESCENTES



Adolescentes entre 15 e 19 anos apresentam menor conhecimento e menor taxa de utilização de métodos contraceptivos e, dessa forma, as mais altas necessidades não atendidas entre todas as faixas etárias¹¹⁻¹⁴. 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 idade². Infelizmente, existem várias barreiras ao uso consistente e correto dos contraceptivos entre adolescentes. A falta de conhecimento, aconselhamento inadequado, tabus socio-culturais, restrições legais e atitudes moralistas quanto a sexualidade nesse grupo etário são comuns mesmo entre adolescentes que escolhem ou desejam um método contraceptivo¹⁵. Nesse sentido, a aceitação de determinado contraceptivo varia de acordo com os diferentes regiões no mundo. Embora os métodos de longa ação (DIUs e implante) 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 também ser foco de aconselhamento por profissionais de saúde, visando melhora das taxas de continuidade e, em última análise, redução da possibilidade de gestações não planejadas¹⁶⁻¹⁸.

Identificam-se, ainda, desconhecimento dos benefícios extra-contraceptivos dos anticoncepcionais e mitos em relação ao uso de métodos anticoncepcionais na adolescência (Figura 1)¹⁵.

FIGURA 1. MITOS EM RELAÇÃO À ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA¹⁵

COC

- Ganho de peso
- Requer exame ginecológico para iniciação
- São menos eficazes que os preservativos
- Requerem pausas a cada dois anos
- Afetam a fertilidade

COC: contraceptivo oral combinado.

MÉTODOS INTRAUTERINOS

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

INJETÁVEIS

- Efeitos negativos a 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

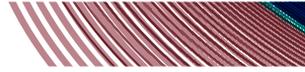
FALAR

- 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 aconselhamento¹⁹.

O Projeto *CHOICE* mostrou que a taxa de descontinuidade global foi maior entre as adolescentes (14-19 anos de idade) comparada as mulheres adultas (>25 anos de idade)⁸. Nesse sentido, estudos envolvendo contraceptivos orais combinados também mostraram menor continuidade e índice de falha em adolescentes²⁰⁻²². 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 dias²¹. 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 117.

TABELA 1. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: ÍNDICE DE PEARL, FALHA DE USO E CONTINUIDADE DE USO¹⁷

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. Contraceção hormonal			
COC	0,01	9	12
POP ^c	0,4		
Injetáveis combinados			
Injetável trimestral -DMPA		6	32-45
Implante de etonogestrel	<1,0	0,05	78-91
Adesivos transdérmicos	0,7	0,88	
Anel vaginal	0,65		
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 regulares²³. Dessa forma, não existem evidências sobre o uso de contraceptivos hormonais antes da primeira menstruação, aventando-se ainda possível interferência dos esteróides 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 orientação¹⁷.

DENSIDADE MINERAL ÓSSEA (DMO)

A supressão gonadotrófica característica dos métodos hormonais determina redução dos níveis estrogênicos endógenos. Entretanto, os contraceptivos hormonais contendo estrogênios tem efeito positivo sobre a DMO, não havendo restrições ao seu uso; contrariamente, propiciam ganho de massa óssea e podem ser utilizados na adolescência¹⁷.

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 etária²⁴.

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 pilo-sebácea e ao bloqueio da atividade androgênica na unidade pilo-sebácea. A administração oral do etinil-estradiol 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 caracterizam o efeito antiandrogênico comum a todos os anticoncepcionais orais²⁵. 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 nor-testosterona.

Por outro lado, para o tratamento da acne severa ou hirsutismo, freqüentemente se utilizam progestagênios anti-androgênicos – como a ciproterona, a drospirenona ou a clormadinona – cujo efeito é amplificado pela ação direta desses compostos bloqueando o receptor androgênico na unidade pilo-sebácea²⁵. Deve-se considerar, no entanto, que mesmo nessas condições, os efeitos sobre a melhora da acne parecem ser similares ao se utilizar compostos com ciproterona, drospirenona, desogestrel ou gestodeno, embora não existam estudos comparativos diretos entre todas as formulações disponíveis de anticoncepcionais²⁶.

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 amenorréia com o tempo de uso. As minipílulas tem como mecanismo de ação principal a alteração sobre o muco cervical, tendo portando, 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 adolescência¹⁷. 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 método²⁷. Assim, parece prudente não utilizar o AMPd por longo período.

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

O benefício dos métodos intrauterinos (DIU e SIU) supera os riscos, podendo ser utilizado em adolescentes. Deve-se considerar, no entanto, a maior propensão à expulsão devido a nuliparidade⁷.

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 Organisation. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
3. BRASIL. 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 LEV. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatria (São Paulo)* 1999; 21(2):112-6.
5. Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatria* 1999; 17(2):95-7.
6. FEBRASGO, SBP. Contraceção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7.
7. FEBRASGO. Contraceção reversível de longa ação. Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1, volume 3, novembro 2016.
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. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat* 2010;23(30) Accessed on Dec 11, 2016 at http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr_23_030.pdf.
11. United Nations. Beijing Declaration and Platform for Action. Beijing: United Nations; 1995: 1-132; [cited 2015 Jul 9]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/>.

- 12.** Loaiza E, Liang M, UNFPA. Adolescent pregnancy: a review of the evidence. New York: United Nations Population Fund; 2013: 1–58; [cited 2016 Jul 4]. Available from: [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY UNFPA.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY%20UNFPA.pdf).
- 13.** International Conference on Population and Development. Beyond; 2014 Review; [cited 2015 Apr 10]. Available from: <http://www.unfpa.org/icpd>.
- 14.** Chandra-Mouli V, McCarraher DR, Philips SJ, et al. Contraception for adolescents in low and middle income countries: needs, barriers and access. *Reprod Health*. 2014;11:1.
- 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. Longacting reversible contraception: implants and intrauterine devices. Practice Bulletin No. 121. *Obstet Gynecol*. 2011;118:184–196.
- 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. 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: 343–348
- 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):1298–1305
- 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;117:33–40.
- 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*. 2016 17:1-7.

- 23.** Borsos A, Lampe L, Balogh A, et al. Ovarian function after the menarche and hormonal contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 1988;27: 249–253.
- 24.** Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006; 25 (1):CD003987.
- 25.** Schindler AE. Antiandrogenic progestins for treatment of signs of androgenisation 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 et al. 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 3mg + etinilestradiol 0,02mg com 24 ou 72 comprimidos revestidos. Uso oral e adulto. Indicações: Contraceptivo oral, com efeitos antimínieralocorticoide 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 prodrômicos 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 engravide 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 accidental 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 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 por 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 ou no máximo no dia previsto da próxima aplicação. Se a paciente estiver mudando de um método contraceptivo contendo somente progestagênio poderá iniciar IUMI em qualquer dia no caso da minipílula; no dia da retirada do implante ou do SIU; 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 16.230.314/0001-75. 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

Jan/fev 2017



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

APOIO

Libbs
Porque se trata da vida