

**SÉRIE ORIENTAÇÕES  
E RECOMENDAÇÕES  
FEBRASGO**

Nº 5 • 2018



**NECESSIDADES ESPECÍFICAS  
PARA O ATENDIMENTO DE  
PACIENTES ADOLESCENTES**

Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2018. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto-Puerperal/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).

vi, 35p.

1. Anticoncepção 2. Adolescentes 3. Sexualidade 4. Saúde do adolescente

ISBN 978-85-94091-08-6

NLM – WS462



Todo o conteúdo desta série está licenciado sob uma Licença Creative Commons.

Imagem da capa: Milena\_Bo/Shutterstock.com



## DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

**César Eduardo Fernandes**

*Presidente*

**Corintio Mariani Neto**

*Diretor Administrativo/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

**Agnaldo Lopes da Silva Filho**

*Vice-Presidente*

Região Sudeste

**Maria Celeste Osório Wender**

*Vice-Presidente*

Região Sul



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM 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  
Luis Carlos Sakamoto  
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



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM 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 Diefenthaler Herter  
Márcia Sacramento Cunha Machado  
Romualda Castro do Rego Barros  
Rosana Maria dos Reis  
Ricardo Cristiano Leal da Rocha  
Maria Virginia Furquim Werneck Marinho  
Elaine da Silva Pires Araujo



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM SEXOLOGIA

### **Presidente**

Lúcia Alves da Silva Lara

### **Vice-Presidente**

Gerson Pereira Lopes

### **Secretária**

Sandra Cristina Poener Scalco

### **Membros**

Andrea Cronenberger Rufino

Carmita Helena Najjar Abdo

Flávia Fairbanks Lima de Oliveira Marino

Jaqueline Brendler

Jorge José Serapião

Júlia Kefalás Troncon

Sidney Glina

Sylvia Maria Oliveira da Cunha Cavalcanti

Teresa Cristina Souza Barroso Vieira

Thiago Dornela Apolinario

Yara Maia Villar de Carvalho

# SÉRIE ORIENTAÇÕES E RECOMENDAÇÕES FEBRASGO

## NECESSIDADES ESPECÍFICAS PARA O ATENDIMENTO DE PACIENTES ADOLESCENTES

### Apresentação

Progressivamente, as adolescentes vão “adentrando” aos consultórios médicos, espontaneamente ou acompanhadas pelos pais ou 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, gravidezes não programadas, anticoncepção, a sua sexualidade ou apenas um “simples” aconselhamento.

É sabido que a morbidade e mortalidade na maioria dos adolescentes estão relacionadas ao comportamento pessoal e que, portanto, podem ser preveníveis. 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, porém 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 destas pacientes. Mas, nem sempre os ginecologistas estão afeitos a este 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, através das suas Comissões Nacionais Especializadas de Ginecologia Infanto-puberal, de Anticoncepção e de Sexologia, está colocando à disposição de seus associados estes textos, condensados de uma edição anterior de Orientações e Recomendações Febrasgo e atualizados, visando oferecer aos nossos associados a atualização necessária para o atendimento de jovens adolescentes, através das mensagens dos melhores especialistas do país sobre temas de grande interesse na atenção de nossa população jovem.



Marcos Felipe Silva de Sá  
Diretor Científico



César Eduardo Fernandes  
Presidente

# SUMÁRIO

## CAPÍTULO 1

### ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

ROGÉRIO BONASSI MACHADO..... 1

## CAPÍTULO 2

### ATENDENDO A ADOLESCENTE NO CONSULTÓRIO DE GINECOLOGIA

MARTA FRANCIS BENEVIDES REHME, ZULEIDE CABRAL..... 9

## CAPÍTULO 3

### SEXUALIDADE NA ADOLESCENTE

LUCIA ALVES DA SILVA LARA..... 17

#### **Como citar:**

Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. 35p. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infanto Puerperal/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).



## CAPÍTULO 1

# ANTICONCEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Rogério Bonassi Machado<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

### Como citar:

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

### Descritores

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

## RESUMO

Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e a seu acesso. A idade isoladamente não contraindica qualquer método contraceptivo. Ao contrário, adolescentes têm maior número de opções contraceptivas em virtude das condições de saúde próprias da idade. As formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, 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.

## INTRODUÇÃO

Embora a idade isoladamente não represente contra-indicações aos diferentes contraceptivos, algumas etapas da vida feminina, como adolescência, podem trazer dúvidas quanto ao método mais adequado. Nesse sentido, o conheci-

mento 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 anos.<sup>(1)</sup> 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 Saúde,<sup>(2)</sup> abordaremos nesse capítulo tópicos de discussão ainda controversos envolvendo a anticoncepção para adolescentes.

## **QUESTÕES ÉTICAS ENVOLVENDO A CONTRACEPÇÃO ENTRE ADOLESCENTES**

Na adolescência, considerações especiais sobre anticoncepção relacionam-se na maior parte das vezes aos aspectos ético-legais envolvidos. A Constituição brasileira, no artigo 226, garante o direito ao planejamento familiar livre de coerção e o Estatuto da Criança e do Adolescente (lei No 8069 de 13-07-90) dispõe claramente sobre questões importantes no atendimento de adolescentes que requerem métodos contraceptivos, fundamentados nos direitos de privacidade e confidencialidade.<sup>(3)</sup> 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, 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 apoia-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.<sup>(4,5)</sup> A Sociedade Brasileira de Pediatria (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 idade.”<sup>(6)</sup> 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 conheci-

mento 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”.<sup>(6)</sup> 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.<sup>(7)</sup>

## O CENÁRIO ATUAL DA ANTICONCEPÇÃO EM ADOLESCENTES

Após um declínio nos últimos 15 anos, a taxa de gestação na adolescência voltou a crescer pela primeira vez em 2006 nos EUA, aumentando cerca de 3% sobre a taxa de 2005 em mulheres entre 15–19 anos.<sup>(8)</sup> 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.<sup>(9)</sup> Atualmente, as formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e o coito interrompido, seguido de pílulas.<sup>(10)</sup> Somente 3,6% das mulheres entre 15-19 anos usam métodos intrauterinos.<sup>(10)</sup> 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.<sup>(10-19)</sup> O Projeto *CHOICE* mostrou que a taxa de descontinuidade global foi maior entre as adolescentes (14-19 anos de idade) comparada às mulheres adultas (>25 anos de idade).<sup>(8)</sup> Nesse sentido, estudos envolvendo contraceptivos orais combinados também mostraram menor continuidade e índice de falha em adolescentes.<sup>(20-22)</sup> 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.<sup>(21)</sup> O mesmo resultado foi observado com a formulação de valerato de estradiol e dienogeste em regime de pausa curta (26 dias).<sup>(22)</sup>

## QUESTÕES RELEVANTES ENVOLVENDO DIFERENTES MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

### USO DE PÍLULAS ANTES DA MENARCA

Adolescentes podem necessitar de contracepção antes da menarca, em decorrência do início de vida sexual precoce, uma vez que é possível a concepção nesse período. Entretanto, mesmo após a menarca, a presença de ciclos anovulatórios é bastante comum. Em média, a ovulação ocorre em 50% das adolescentes após 20 episódios menstruais regulares.<sup>(15)</sup> 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.<sup>(16)</sup>

### 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.<sup>(17)</sup>

### ACNE

A acne é bastante comum entre adolescentes, que não raramente procuram por contraceptivos para o tratamento. O emprego de contraceptivos orais combinados no tratamento da acne baseia-se na possibilidade de haver redução da oferta androgênica à unidade pilo-sebácea e ao bloqueio da atividade androgênica na unidade pilo-sebácea. 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. Em condições normais, a manutenção da pele sem excessiva oleosidade ou acne ocorre com o uso de todos os contraceptivos orais, incluindo os de baixa dose, ainda que contenham progestagênios derivados da 19 nortestosterona.

Por outro lado, para o tratamento da acne severa ou hirsutismo, frequentemente se utilizam progestagênios antiandrogênicos – como a ciproterona, a drospirenona ou a clormadinona – cujo efeito é amplificado pela ação direta desses compostos bloqueando o receptor androgênico na unidade pilo-sebácea.<sup>(18)</sup> Deve-se considerar, no entanto, que mesmo nessas condições, os efeitos sobre a melhora da acne parecem ser similares ao se utilizar compostos com ciproterona, drospirenona,

desogestrel ou gestodeno, embora não existam estudos comparativos diretos entre todas as formulações disponíveis de anticoncepcionais.<sup>(19)</sup>

## 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<sup>16</sup>. 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.<sup>(20)</sup> Assim, parece prudente não utilizar o AMPd por longo período.

## MÉTODOS DE LONGA AÇÃO (LARCS)

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

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

Existem diferentes diretrizes para emprego do DIU em adolescentes. Em 2007, o comitê do *American College of Obstetricians and Gynecologists*<sup>(22)</sup> recomendou que os DIUs fossem considerados opções de primeira linha para anticoncepção em adolescentes com ou sem filhos *ACOG Committee Opinion*. A Organização Mundial da Saúde também apoia o uso de DIU em adolescentes, fornecendo critério de

elegibilidade 2 (benefício superior ao risco) para mulheres da menarca aos 20 anos de idade.<sup>(2)</sup> A *American Academy of Pediatrics*<sup>(23)</sup> também considera que DIUs são seguros em adolescentes nulíparas, não causando infertilidade tubária. Sua remoção é seguida por rápido retorno da fertilidade.

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

Além do receio infundado de infertilidade tubária, o DIU é muitas vezes evitado em adolescentes pelo pensamento de que há maior risco de expulsão e de efeitos adversos em nulíparas quando comparado a múltiparas. Estudo em 129 nulíparas usuárias de SIU-LNG encontrou taxa de expulsão em nulíparas inferior a 1% ao ano.<sup>(24)</sup> Outros estudos também não encontraram maior risco de expulsão em nulíparas e nem relação com o tamanho da cavidade endometrial medida por histerômetro ou ultrassonografia (independente da paridade).<sup>(25)</sup>

## CONDOM

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

## REFERÊNCIAS

1. Penney G. Contraception in adolescence and the perimenopause. *Medicine* (Baltimore). 2006;34(1):20–2.
2. World Health Organisation. *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. 5th ed. Geneva: WHO; 2015.
3. Brasil, Leis e Decretos. Lei no 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providencias. Brasília (DF); Presidência da República; 1990.

- 4.** Saito MI, Leal MM, Silva LE. A confidencialidade no atendimento à saúde de adolescentes: princípios éticos. *Pediatria (São Paulo)*. 1999;21(2):112–6.
- 5.** Departamentos de Bioética e Adolescência da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. *Rev Paul Pediatr*. 1999;17(2):95–7.
- 6.** FEBRASGO. SBP. Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6–7.
- 7.** Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2016. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, vol. 3, 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 Saint Louis: a survey of obstetrician and gynecologists' knowledge and attitudes. *Contraception*. 2010 ;81(2):112–6.
- 10.** Abma JC, Martinez GM, Copen CE. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, National Survey of Family Growth 2006-2008. (Vital and Health Statistics, Series 23, Data from the National Survey of Family Growth; no. 30). Available from: [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_23/sr23\\_030.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_030.pdf)
- 11.** Dehlendorf C, Diedrich J, Drey E, Postone A, Steinauer J. Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Educ Couns*. 2010 ;81(3):343–8.
- 12.** Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstet Gynecol*. 2012;120(6):1298–305.
- 13.** Dinger J, Minh TD, Buttman N, Bardenheuer K. Effectiveness of oral contraceptive pills in a large U.S. cohort comparing progestogen and regimen. *Obstet Gynecol*. 2011;117(1):33–40.
- 14.** Barnett C, Hagemann C, Dinger J, Do Minh T, Heinemann K. Fertility and combined oral contraceptives - unintended pregnancies and planned pregnancies following oral contraceptive use - results from the INAS-SCORE study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;22(1):17-23.

15. Borsos A, Lampé L, Balogh A, Csoknyay J, Ditrői F, Székely P. Ovarian function after the menarche and hormonal contraception. *Int J Gynaecol Obstet.* 1988;27(2):249–53.
16. Guidance FF; Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFRHC Guidance (October 2004) contraceptive choices for young people. *J Fam Plann Reprod Health Care.* 2004;30(4):237–50.
17. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Schulz KF, Helmerhorst FM. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006;25(1):CD003987.
18. Schindler AE. Antiandrogenic progestins for treatment of signs of androgenisation and hormonal contraception. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2004;112(2):136–41.
19. Arowojolu AO, Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, Garner SE. Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007 24;(1):CD004425. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD004425.
20. Kaunitz AM, Miller PD, Rice VM, Ross D, McClung MR. Bone mineral density in women aged 25–35 years receiving depot medroxyprogesterone acetate: recovery following discontinuation. *Contraception.* 2006;74(2):90–9.
21. Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin CD. Etonogestrel implants in adolescents: experience, satisfaction, and continuation. *J Adolesc Health.* 2016;58(3):284–9.
22. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol.* 2007;110(6):1493-5.
23. Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. *Pediatrics.* 2014;134(4):e1257-81.
24. Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception.* 1994;49(1):56–72.
25. Lyus R, Lohr P, Prager S; Board of the Society of Family Planning. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception.* 2010;81(5):367–71.



## CAPÍTULO 2

# ATENDENDO A ADOLESCENTE NO CONSULTÓRIO DE GINECOLOGIA

**Marta Francis Benevides Rehme<sup>1</sup>**

**Zuleide Cabral<sup>2,3</sup>**

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

<sup>2</sup>Faculdade de Medicina do Centro Universitário de Várzea Grande, Várzea Grande, MT, Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade de Ciências Biomédicas de Cacoal, Cacoal, RO, Brasil.

### Como citar:

Rehme MF, Cabral Z. Atendendo a adolescente no consultório de ginecologia. In: *Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes*. São Paulo: Federação das Associações Brasileiras de Ginecologia e Obstetria (FEBRASGO); 2018. Cap. 2, p. 9-16. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Ginecologia Infante Puerperal).

## Descritores

Adolescente; Contracepção; Ética

## RESUMO

A presença de pacientes adolescentes tem sido uma situação cada vez mais frequente para os ginecologistas. Entre os motivos de consulta destacam-se a avaliação do desenvolvimento da puberdade, os distúrbios do ciclo menstrual, corrimento e o desejo de contracepção. Obter a confiança da adolescente é um dos maiores desafios para o profissional que atende uma paciente adolescente, tanto pelos aspectos biopsicossociais como também pelas questões éticas e legais que estão envolvidas na consulta. Embora a consulta ginecológica da adolescente tenha diversos pontos em comum com a da mulher adulta, os aspectos relacionados à sexualidade devem ser indagados com cautela, pois na maioria das vezes a adolescente está acompanhada e nem sempre compartilha sua prática sexual com seus familiares. A empatia mútua poderá beneficiar a adolescente, garantido um momento propício para a abordagem dos cuidados relacionados aos aspectos da sua saúde sexual e reprodutiva.

## HIGHLIGHTS

- A empatia para com a adolescente é fundamental para que a anamnese transcorra de maneira satisfatória;
- Aguarde sempre iniciativa da adolescente ou um momento de privacidade para abordar questões sobre vida sexual. Indagações sobre sexualidade nem sempre são bem aceitas pela paciente, principalmente naquelas que vêm acompanhadas cuja mãe se adianta para dizer que “o médico pode falar o que quiser porque a paciente não tem segredo nenhum”;
- 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?” ao invés de “você prefere que sua mãe saia?”;
- A confidencialidade, a privacidade e a autonomia são direitos da adolescente que recebe atendimento médico. O sigilo será mantido desde que a mesma 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;
- Adolescentes que não apresentaram a menarca devem ser examinadas para avaliação do estágio de desenvolvimento puberal e avaliação do trato genital inferior;
- Em adolescentes com menarca estabelecida e virgens, o exame ginecológico deve ser incentivado mas pode ser protelado caso a mesma se sinta desconfortável e/ou não apresente sintomas ginecológicos;
- Os profissionais que atuam na assistência à saúde da adolescente devem estimular suas pacientes a envolver seus pais na consulta esclarecendo desde o primeiro contato o direito e limites deste envolvimento, tanto para a adolescente como para seus responsáveis.

## INTRODUÇÃO

A consulta ginecológica da adolescente, embora tenha diversos pontos em comum com a da mulher adulta, possui algumas peculiaridades que a diferencia, principalmente pelas diversas situações conflituosas vivenciadas pelos ginecologistas ao atendê-la, onde as normas estabelecidas se revelam insuficientes para responder com clareza algumas interrogações éticas, desafiando e, por vezes, confundindo a tomada de decisão. Somam-se ainda as dificuldades de alguns serviços de saúde e

educação em assegurar os direitos sexuais e reprodutivos dessa clientela. 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.

Se pela OMS a adolescência compreende o período de 10 aos 20 anos incompletos,<sup>(1)</sup> no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)<sup>(2)</sup> a faixa etária da adolescência vai dos 12 aos 18 anos. Por outro lado, o Código Civil<sup>(3)</sup> determina a maioridade e a imputabilidade aos 18 anos. No Código de Ética Médica (CEM)<sup>(4)</sup> a confidencialidade é tanto um direito do paciente quanto uma obrigação do médico, independente da faixa etária (CEM, 2010, art.74). À luz da bioética, os profissionais podem considerar eticamente mais eficaz não quebrar o sigilo, mesmo contrariando as recomendações deontológicas.

O estabelecimento de uma boa relação médico-paciente, garantindo a privacidade, respeitando-se a confidencialidade, tem fundamental importância para o transcorrer de uma consulta bem sucedida e consequente adesão ao tratamento e seguimento ginecológico adequados.<sup>(5-7)</sup>

## **A CONSULTA GINECOLÓGICA DA ADOLESCENTE**

Os principais motivos da consulta estão relacionados com o desenvolvimento da puberdade, distúrbios do ciclo menstrual, corrimento, vulvovaginites e contracepção.<sup>(5-7)</sup> Embora essas situações clínicas sejam do conhecimento e manejo do ginecologista, quando a cliente é adolescente, é importante que o profissional ao iniciar o atendimento, estabeleça uma abordagem empática que contribua para uma relação de confiança entre médico e paciente, permitindo que a mesma se sinta à vontade em discutir as questões relacionadas com o exercício da sexualidade. Caso a adolescente esteja acompanhada pela mãe ou responsável, a abordagem inicial poderá ser feita perguntando-se “de quem foi a ideia de vir até o ginecologista?”.

Na maioria das vezes quando o responsável está presente, é ele que costuma iniciar a exposição do motivo da consulta. Deve-se ouvir e, com empatia, informar aos responsáveis dos benefícios de uma entrevista privada com a adolescente. O direito e limites deste envolvimento à autonomia da adolescente devem ficar claros para a família e para a jovem, desde o primeiro contato. 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. A qualidade do vínculo estabelecido entre o médico e sua cliente será determinante para que sejam abordadas as questões pessoais da paciente. Nas situações onde a quebra do sigilo é justificada e não havendo anuência da adolescente, após o profissional ter encorajado a mesma a envolver a família e oferecer apoio na comunicação, a mesma será esclarecida dos motivos para tal atitude, antes do repasse da informação aos seus pais e/ou responsáveis. <sup>(8)</sup>

As principais situações de conflito na consulta de adolescentes observadas:

- Adolescente que vem à consulta desacompanhada e pede contracepção;
- Adolescente que é atendida sozinha e menciona alguma informação que pode justificar a quebra de sigilo da consulta como atividade sexual de risco ou menor de 14 anos, gravidez e intuito de abortar, presença de uma infecção de transmissão sexual ou HIV positiva, usuária de drogas, depressão e ideia suicida ou mesmo frente à necessidade de procedimentos de maior complexidade, no qual a adolescente não está de acordo.
- A adolescente é trazida à consulta para exame de comprovação de virgindade imposta pela mãe ou responsável.
- Casos de suspeita de abuso, estupro, violência física, psicológica ou moral.

Nas situações em que a adolescente é trazida à revelia, o momento pode ser oportuno para mudar a percepção negativa da adolescente, perguntando a ela se ela tem dúvidas e/ou expectativas em relação à consulta ginecológica. Com tato, podemos quebrar o gelo, falando sobre temas não médicos e a importância do ginecologista na etapa atual e nas futuras da sua vida como mulher. Um dos principais temores das adolescentes é o exame ginecológico, sendo importante assegurar-lhe que nada será feito sem a sua permissão e cada etapa será previamente explicada.

## **ANAMNESE**

A anamnese não difere de uma paciente adulta, no entanto alguns tópicos são relevantes como a situação vacinal da adolescente, momento oportuno para saber

se existem vacinas desatualizadas e orientar para as necessidades atuais e futuras. Perguntar ainda sobre alergia a medicamentos, como aos anti-inflamatórios, uma vez que é na maioria das vezes a primeira linha para o tratamento da dismenorrea primária; uso de medicamentos que interferem no uso de contraceptivos hormonais; uso de tabaco, drogas e álcool. Nesses últimos a abordagem pode ser adiada para quando a adolescente estiver sozinha.<sup>(5,7)</sup>

Os antecedentes sobre o ciclo menstrual precisam ser detalhados. Na ausência do estabelecimento da menarca, importante avaliar se já houve o surgimento dos caracteres sexuais, sendo depois confirmados no exame físico segundo o estádio de Tanner.<sup>(9)</sup> A idade da menarca, o padrão menstrual quanto ao intervalo, volume e duração do fluxo, data da última menstruação devem ser registrados. As adolescentes devem ser orientadas a anotarem seus períodos menstruais, e, para isto, pode ser oferecido um calendário menstrual ou sugerido aplicativo de controle do ciclo, disponíveis para *smartphones*. São frequentes as dúvidas e receios sobre a alteração menstrual após a menarca e o comprometimento da fertilidade futura. O esclarecimento sobre ser a situação frequente e na maioria das vezes fisiológica, tranquiliza a mãe e adolescente.

A abordagem sobre início de vida sexual, orientação sexual e número de parceiros pode não resultar em respostas satisfatórias, uma vez que a paciente pode estar mantendo sua prática sexual ou orientação sexual em segredo. Muitas vezes a adolescente pode demonstrar constrangimento e ser evasiva ao ser surpreendida com a pergunta sobre sua vida sexual ou, ao contrário, pode na oportunidade revelar a sua situação. Em algumas situações, este fato pode gerar tensão tanto para a paciente quanto para seu responsável, interrompendo a anamnese por discussões familiares. A menos que a adolescente fale espontaneamente que o motivo da consulta é sobre o desejo de usar contracepção, porque ela está tendo ou iniciará a vida sexual, o ginecologista deve abordar com tato este tópico, evitando deste modo criar uma situação de conflito entre mãe e filha. Ao contrário, é prudente que o ginecologista aguarde um momento a sós para abordar com mais detalhes se ela já iniciou atividade sexual, e este momento pode ser criado na hora do exame ginecológico, com a paciente sozinha.

Embora seja enfatizado que as adolescentes necessitam de privacidade, nem sempre esta situação é respeitada, e com frequência as mães não acatam esta conduta. Como pedir à adolescente que está acompanhada para que ela fique sozinha na sala de exame? A clássica pergunta: “*Você prefere que sua mãe saia?*” nem sempre vai surtir o efeito desejado. Devemos lembrar que o fato da paciente ser menor

de idade caracteriza para a mãe o dever de acompanhar todo o exame. Uma maneira adequada é perguntar: “*Você faz questão da presença da sua mãe no momento do exame?*” Com esta 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.

O profissional ao ter a oportunidade de privacidade com a adolescente, principalmente quando o ginecologista foi escolhido pela sua mãe, deve informar sobre a confidencialidade da consulta e as situações onde o sigilo será interrompido. A adolescente ao sentir-se mais confiante, será mais fiel no relato do seu comportamento sexual e mais receptiva sobre os cuidados referentes à sua saúde sexual e reprodutiva. Sabemos que na maioria das vezes os jovens iniciam a atividade sexual sem se preocupar com a contracepção segura e utilizando de maneira indiscriminada a contracepção de emergência.

## **EXAME GINECOLÓGICO DA ADOLESCENTE**

O exame físico deve iniciar pesando a adolescente, identificando a sua estatura, índice de massa corporal (IMC), aferindo a pressão arterial, a temperatura e o pulso arterial.<sup>(5)</sup> Momento oportuno para orientações sobre hábitos alimentares e prática de atividade física. A postura da jovem pode evidenciar constrangimento, vergonha e até medo<sup>10</sup>. Adolescentes insatisfeitas com suas mamas podem inclinar o tronco para frente objetivando esconder as mesmas. As que se sentem diferentes por algo nos órgãos genitais externos podem manter a roupa íntima. É importante que o profissional fique atento a todas estas situações e adote uma postura menos formal, mais acolhedora e compreensiva.<sup>(10)</sup>

Na sequência, segue-se o exame das mamas devendo ser cada etapa explicada para a adolescente, principalmente para aquelas que consultam pela primeira vez, deixando o exame ginecológico para o final. Caso a paciente não queira realizar o exame ginecológico e a situação não seja uma urgência e /ou emergência, o exame poderá ser protelado para outro momento. É importante, no entanto, indagar o porquê da relutância para ser examinada, e esclarecer sobre a importância do mesmo. Independentemente da queixa principal ou do motivo da consulta, deve-se identificar o estágio do desenvolvimento puberal para as mamas e pêlos, utilizando-se dos critérios de Tanner.<sup>(9)</sup>

Aquelas que ainda não tiveram menarca, a avaliação do *status* puberal e o exame da genitália externa é fundamental para observar hímen e trato de saída,

identificando precocemente neste caso a possibilidade de uma imperfuração hime-nal 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 desconforto e sangramento mais intenso na primeira relação. A presença da hipertrofia dos pequenos lábios, pode ser motivo de dúvidas e às vezes desconforto para as adolescentes. <sup>(5-7)</sup>

Nas adolescentes sexualmente ativas o exame ginecológico não difere da mu-lher adulta e a importância da sua realização deve ser enfatizada. Nas que mantêm vida sexual em sigilo, poderão ocorrer algumas dificuldades com relação à solicita-ção dos exames complementares, seja por impossibilidade de arcar com o custo ou ainda pelo sigilo do motivo da consulta. É importante saber da adolescente sobre quem vai levar o material ao laboratório; se ela irá acompanhada ou não para a rea-lização dos exames complementares; quem irá buscar os resultados; enfim cuidados necessários para evitar a quebra inadvertida de sigilo.

Todos os dados coletados na anamnese e exame físico devem ser registrados. As informações que julgarmos privativas da paciente, principalmente sobre a prática de atividade sexual, devem ser destacadas no registro para evitar uma quebra ino-portuna de sigilo em conversa com o(s) responsável(eis).

Nas consultas subsequentes recomenda-se sempre indagar às adolescentes - tanto para as que não haviam ainda se iniciado sexualmente em consultas ante-riores quanto para as que mantinham o ato em segredo - se estas condições ainda se mantêm.

## CONCLUSÃO

Conquistar a confiança da adolescente é um dos maiores desafios da consulta gine-cológica. Estabelecer uma relação médico-paciente além do limite técnico, susten-tada na confiança, criará a oportunidade para a exposição e orientações necessárias sobre os aspectos da saúde sexual e reprodutiva.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Young People's Health - a Challenge for Society. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Geneva: WHO; 1986. (Technical Report Series, 731).

- 2.** Brasil. Leis e Decretos. Estatuto da criança e do adolescente. Lei Federal no 8.069/90 de 13 de julho de 1990. Brasília (DF): Presidência da República; 1990.
- 3.** Brasil. Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. Diário Oficial da União, Brasília (DF), 11 jan. 2002.
- 4.** Conselho Federal de Medicina. 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. Disponível em: <<http://www.in.gov.br>>.
- 5.** 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.
- 6.** Emans SJ. Avaliação ambulatorial de crianças e adolescentes. In: Eman SJ, Laufer MR, Goldstein DP. Ginecologia na infância e adolescência. São Paulo: Roca; 2008; p. 1-38.
- 7.** Rosa e Silva AC. Semiologia ginecológica na infância e adolescência. In: Reis RM, Junqueira FRR, Rosa e Silva ACJS. Ginecologia da infância e adolescência. São Paulo: Artmed; 2012; p. 35-46.
- 8.** Sociedade de Pediatria de São Paulo. Aspectos éticos no atendimento médico do adolescente. Rev Paul Pediatr. 1999; 17(2):95–7.
- 9.** Marshall WA, Tanner JM. Variations in pattern of pubertal changes in girls. Arch Dis Child. 1969 ;44(235):291–303.
- 10.** Gomes VL, Fonseca AD, Oliveira DC, Silva CD, Acosta DF, Pereira FW. Representações de adolescentes acerca da consulta ginecológica. Rev Esc Enferm USP. 2014;48(3):438–45.
- 11.** Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Aspectos éticos-legais do atendimento a adolescente. São Paulo: FEBRASGO; 2010. (Manual de Orientação Infanto Puberal)



## CAPÍTULO 3

# SEXUALIDADE NA ADOLESCENTE

**Lucia Alves da Silva Lara<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

### Como citar:

Lara LA. Sexualidade na adolescente. In: *Necessidades específicas para o atendimento de pacientes adolescentes*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. Cap. 3 p. 17-35. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 5/Comissão Nacional Especializada em Sexologia).

### Descritores

Sexualidade; Adolescente; Saúde sexual; Adolescência

## RESUMO

A sexualidade é um conceito multidimensional, e compreende vários aspectos incluindo o amor, as relações interpessoais, o comportamento, as relações sexuais, o afeto, entre outros. O sexo é apenas um aspecto da sexualidade. A construção da sexualidade de uma pessoa inicia mesmo antes dela nascer, com as expectativas dos pais sobre o que será a criança, e vão influenciar a construção da sexualidade desde a infância até a adolescência. Neste processo, tem também grande relevância o período que a criança e a adolescente vive na escola, que irá influenciar a construção do comportamento social e sexual da pessoa. A contribuição positiva dos pais e do ambiente escolar é fundamental para a prevenção das relações sexuais desprotegidas com múltiplos parceiros e iniciação sexual sem método anticoncepcional, que tem como consequência as infecções sexualmente transmissíveis e a gravidez não planejada/indesejada. Os programas de educação sexual nas escolas e a intervenção oportuna do Ginecologista e Obstetra (GO) são fundamentais e efetivos para a promoção da saúde sexual das adolescentes.

## HIGHLIGHTS

- Sexualidade não é só sexo. A função sexual é um componente da sexualidade;

- A sexualidade é construída a partir do nascimento da criança;
- Pais afetivos e ambiente afetivo favorecem uma sexualidade saudável;
- A qualidade do cuidado que a pessoa recebeu na infância irá refletir na maneira dela se relacionar com os outros;
- A sexualidade saudável favorece relações interpessoais saudáveis no ambiente profissional, social e familiar;
- A escola é um local onde os adolescentes se agrupam para trocar informações sobre sexo, para compartilhar suas experiências sexuais, e para agregar razões a favor da iniciação sexual;
- Para entender o comportamento sexual da adolescente é necessário conhecer o processo de construção da sexualidade na infância, que é a base da expressão sexual na adolescência;
- A iniciação sexual precoce (antes de 15 anos) é uma tendência atual e precisa ser combatida devido aos agravos relacionados à saúde da menina. As relações sexuais pênis-vagina não deveriam ocorrer antes dos 16 anos de idade;
- A iniciação sexual precoce está associada ao aumento do risco de depressão, arrependimento, gravidez não planejada e lesão precursora do câncer do colo uterino;
- As relações sexuais desprotegidas são comuns em adolescentes que foram vítimas de violência física (maus tratos), violência sexual (abuso e estupro), e vítimas de negligência ao cuidado dos pais;
- A educação sexual nas escolas começando antes do 5º ano escolar é uma medida efetiva para postergar a iniciação sexual precoce;
- O monitoramento dos pais é efetivo para prevenir a iniciação sexual precoce.

## INTRODUÇÃO

O termo sexualidade é utilizado como sinônimo de expressão sexual mesmo pelos profissionais de saúde, o que dificulta o desenvolvimento do espectro de cuidados requeridos por esta temática. A sexualidade é um conceito multidimensional e compreende vários aspectos incluindo o amor, as relações interpessoais, o comportamento social, as relações sexuais, o afeto, a feminilidade, a masculinidade, e ques-

tões de gênero. A Organização Mundial de Saúde (OMS) refere que a sexualidade é uma energia que motiva a busca do amor, o contato e a intimidade, e se expressa na forma de sentir, e na maneira como as pessoas interagem.<sup>(1)</sup> Dessa forma, cada aspecto da sexualidade abrange uma área do conhecimento e demanda cuidados específicos em saúde. Sendo assim, a abordagem da sexualidade é multidisciplinar e interdisciplinar, inicia com a educação sexual (ES) e termina com intervenções médicas e psíquicas.

A construção da sexualidade de uma pessoa começa mesmo antes dela nascer mediante as expectativas dos pais sobre o que será a criança, bem como a influência que eles exercem sobre a construção da sexualidade dela, ao nascer.<sup>(2)</sup> Uma característica fundamental da sexualidade é a afetividade que é determinante para a qualidade das relações interpessoais no ambiente profissional, na amizade, no amor e no sexo.<sup>(3-5)</sup> Assim, a vivência saudável da sexualidade irá depender de como foram elaborados os estímulos que a menina recebeu do seu ambiente, que podem ter sido afetivos, negligentes, neutros ou violentos.<sup>(6)</sup> Este texto visa discutir os aspectos da formação da sexualidade das adolescentes, com ênfase no comportamento sexual, e nos cuidados à saúde sexual dessa população.

## MÉTODOS

Este texto é o resultado de uma ampla revisão da literatura, em busca de evidências sobre a construção da sexualidade na infância e na adolescência e sobre o comportamento sexual infantil, bem como sobre as práticas sexuais na adolescência. A busca foi realizada no banco de dados do PUBMED, no *Google – Indexed Scientific Literature* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)*, (<http://onlinelibrary.wiley.com/cochranelibrary/search>), e englobou ensaios clínicos fases II, III e IV, estudos caso-controle, multicêntricos ou não, randomizados ou não, metanálises e revisões sistemáticas, que apresentassem como desfecho primário ou secundário dados sobre o comportamento sexual na infância e na adolescência. Consensos nacionais e internacionais e relatórios da Organização Mundial de Saúde (OMS) sobre comportamento sexual na infância e na adolescência, foram considerados para leitura. As bases de informações secundárias (revisões, opiniões de especialistas, editoriais, protocolos) foram consultadas para as recomendações baseadas em opiniões sem evidências disponíveis na literatura. Não houve limite inferior de data de publicação e foram incluídos estudos em humanos publicados até setembro de 2018.

## ASPECTOS DA CONSTRUÇÃO DA SEXUALIDADE DA ADOLESCENTE

A construção da sexualidade da adolescente irá balizar o seu comportamento sexual, e é determinada por estímulos que ela recebe desde o nascimento, vindos dos pais, da família e da sociedade.<sup>(7,8)</sup> Em geral estes estímulos são predeterminados pelas normas sociais que visam reafirmar o sexo biológico da criança. Neste sentido as meninas são estimuladas para os brinquedos e brincadeiras prefixadas como femininas e, constitucionalmente, elas são mais atraídas por brinquedos e brincadeiras mais estáticas, ao passo que os meninos preferem brincadeiras com mais ação e brinquedos que movimentam.<sup>(9)</sup> Estas preferências parecem fazer parte de características geneticamente herdadas, que são moduladas pela ação dos esteroides sexuais no Sistema Nervoso Central (SNC) no processo do neurodesenvolvimento, que definem habilidades e características psíquicas individuais que influenciam o comportamento.<sup>(10)</sup> De fato, a testosterona tem um papel importante no neurodesenvolvimento e, potencialmente, este hormônio influencia as diferenças de comportamento entre meninos e meninas.<sup>(11)</sup>

O interesse das crianças por questões sexuais começa por volta dos três anos de idade e coincide com o aumento gradual dos androgênios e, paralelamente, há um incremento nos comportamentos sexuais compartilhados com outras crianças.<sup>(12)</sup> Já na puberdade, as mudanças hormonais ocorridas nesta fase promovem profundas modificações físicas e psíquicas que influenciam o comportamento social e sexual de meninas e meninos.<sup>(13)</sup> Sob a ação dos esteroides sexuais, o aparelho genital evolui, e ocorrem modificações estruturais e funcionais em áreas cerebrais (área preoptica e amígdala) envolvidas no comportamento sexual,<sup>(14,15)</sup> aumentando o interesse impulsivo pelo sexo, que impele a adolescente para a interação sexual.

O impulso sexual pode ser modulado pela educação sexual que a adolescente recebe dos pais e no ambiente escolar, e por fatores socioculturais, educacionais, econômicos, que influenciam o comportamento sexual da adolescente.<sup>(7,8)</sup> Isso implica que a expressão sexual saudável da menina irá depender do sentido que ela deu às suas experiências positivas e negativas, na interação com os outros e com o seu meio ambiente, desde a infância.<sup>(16)</sup> Sendo assim, a qualidade do cuidado que a pessoa recebeu na infância irá refletir na maneira dela se relacionar com os outros,<sup>(17)</sup> e na expressão sexual dela na adolescência e na vida adulta.<sup>(18)</sup>

A adolescência é um período de contestação e oposição aos dogmas sociais, aos costumes, e aos métodos educativos tradicionais da família,<sup>(19)</sup> que estimulam a abstinência sexual. No entanto, a adolescente vivencia as tendências do seu grupo em relação aos hábitos, ao comportamento social e sexual,<sup>(20)</sup> e tende para a iniciação sexual motivada pelas amigas e cedendo à pressão da parceria.<sup>(21)</sup> Além disso, algumas condições adversas vivenciadas pela menina como violência física e sexual na infância, o uso de álcool e de substâncias ilícitas, lares conflituosos, pais negligentes ou separados<sup>(22)</sup> são condições que fomentam a iniciação sexual precoce.

## COMPORTAMENTO SEXUAL DA INFÂNCIA À ADOLESCÊNCIA

A frequência e o tipo de comportamento sexual da criança são difíceis de serem estimados, porque nem sempre são presenciados pelos adultos.<sup>(23)</sup> A masturbação é a manifestação sexual mais precoce e pode ser identificada em crianças com meses de idade<sup>(24)</sup> e ocorre ao longo da vida. Os comportamentos sexuais compartilhados com outras crianças do sexo oposto ou do mesmo sexo aumentam em torno dos 3 anos de idade<sup>(12)</sup> e são conhecidos como “brincadeiras sexuais” que são considerados normais, desde que sejam diversificados em frequência e nas práticas, sendo os mais comuns a masturbação, olhar a genitália do outro, e o envolvimento oportuno em brincadeiras sexuais com outras crianças, entre outros.<sup>(25)</sup>

As brincadeiras sexuais aumentam gradativamente com a aproximação da puberdade<sup>(26)</sup> e fazem parte do desenvolvimento adequado da criança, e contribuem para o despertar para a expressão sexual, porém, se ocorrerem sob coerção de outra criança, o que não é incomum,<sup>(27,28)</sup> pode gerar problemas sexuais na vida adulta.

Os comportamentos sexuais de crianças podem incomodar os adultos<sup>(29)</sup> que os dimensionam na perspectiva do tabu que permeia as vivências sexuais dos adultos. Mas, apenas os comportamentos sexuais repetitivos em crianças, como a masturbação excessiva,<sup>(30)</sup> são dignos de preocupação porque podem refletir um quadro de patologia psíquica como depressão e ansiedade,<sup>(31)</sup> ou desvio de conduta da criança, conseqüente a exposição à violência doméstica, negligência dos pais e cuidadores, e ao abuso sexual, entre outros.<sup>(32)</sup> Assim, o comportamento sexual infantil patológico precisa ser investigado por profissionais competentes. O quadro 1 evidencia importantes conceitos sobre a sexualidade na infância que irá influenciar o comportamento sexual na adolescência.

## Quadro 1. Aspectos do comportamento sexual da criança

As explorações sexuais lúdicas (brincadeiras sexuais) de crianças presenciadas pelo adulto não devem ser ativamente reprimidas para não levar ao constrangimento da criança.<sup>(33)</sup> Em geral as crianças retomam as brincadeiras, casualmente.

Comportamento sexual repetitivo em criança é anormal e requer investigação, para afastar violência física, emocional e sexual, depressão, violência sexual ou hipersexualidade decorrentes de negligência de cuidados à criança, exposição a vivências sexuais dos adultos.<sup>(34)</sup>

Responder estritamente a pergunta da criança sobre questões como “como eu nasci”? Resposta sugerida: de parto normal. Depois de algum tempo ela irá perguntar: como é parto normal? Resposta sugerida: é o parto vaginal.

A exposição não intencional da criança à nudez de adultos em situações rotineiras como no banho e troca de roupa não causa nenhum efeito no comportamento sexual das crianças.<sup>(35)</sup>

A exposição mesmo acidental de crianças às relações sexuais de adultos pode motivá-las a se engajarem em práticas sexuais compartilhadas com manipulação da genitália e simulação da relação sexual presenciada.<sup>(33)</sup>

A erotização da criança tem relação direta com o nível de erotização na família e poderá influenciar o seu comportamento nas relações interpessoais futuras.<sup>(36)</sup>

O abuso sexual é, sistematicamente, diagnosticado pela história clínica ou pela modificação do comportamento da criança, ou ainda por sintomas urogenitais recorrentes.<sup>(37)</sup>

Já na adolescência as vivências sexuais ocorrem através das relações homoafetivas, heteroafetivas, ambas, ou diferentes, que podem ser transitórias ou permanentes.<sup>(38)</sup> Os relacionamentos homoafetivos experimentais são comuns nesta fase, e podem gerar incertezas para a adolescente em relação a sua orientação sexual.<sup>(39)</sup> Devido a isto, os conflitos internos podem surgir, e aumentam o risco para ansiedade e depressão, para distorção da autoimagem e rebaixamento da autoestima.<sup>(40,41)</sup>

A escola é um local onde os adolescentes se agrupam para trocar informações sobre sexo, para compartilhar suas experiências sexuais, e para agregar razões a favor da iniciação sexual.<sup>(42)</sup> O comportamento da adolescente, social, sexual e em relação aos hábitos está associada ao comportamento do grupo a que ela pertence, assim como pela influência das amigas e de seu parceiro.<sup>(21)</sup>

A iniciação sexual da adolescente tem ocorrido cada vez mais precoce. A OMS considera iniciação sexual precoce, a ocorrência de relações sexuais pênis-vagina com idade  $\leq 15$  anos.<sup>(43)</sup> Entretanto, uma revisão recente evidenciou o benefício de postergar a iniciação sexual para os 16 anos,<sup>(44)</sup> porque as meninas que iniciam relações sexuais precocemente tendem a iniciar a vida sexual sem utilizar método anticoncepcional eficaz,<sup>(45)</sup> e usam menos o preservativo nas relações subsequentes.<sup>(46)</sup> Assim, aumenta a prevalência da gravidez indesejada e não planejada na adolescência e também aumentam os comportamentos de

risco (múltiplos parceiros, abuso de álcool e de substâncias ilícitas), o que interfere no desenvolvimento psíquico, educacional, emocional, e social da adolescente.<sup>(47,48)</sup> Vale lembrar também, que as meninas filhas de pais adolescentes têm maior predisposição para engravidarem na adolescência replicando o comportamento sexual dos pais.<sup>(49,50)</sup> O quadro 2 evidencia vários fatores que influenciam o comportamento sexual na adolescência.

## Quadro 2. Fatores que favorecem a iniciação sexual precoce

|  |
|--|
| <b>Biológico:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>. Impulso sexual associado à elevação dos androgênios no período puberal</li></ul>   |
| <b>Psíquicos, emocionais e comportamentais:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>. Pressão do parceiro para aumentar a intimidade e iniciar as relações sexuais</li><li>. Baixa autoestima e insegurança</li><li>. Violência sexual (abuso sexual)</li><li>. Uso de drogas e álcool</li></ul>   |
| <b>Ambientais:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>. Baixa condição socioeconômica</li><li>. Ser filha de mãe adolescente</li><li>. Falta de monitoramento dos pais</li><li>. Pais separados</li><li>. Pais negligentes</li><li>. Lares conflituosos</li><li>. Conflito dos pais e com os pais</li><li>. Viver com apenas um dos pais</li><li>. Baixo nível escolar</li><li>. Estímulo sexual precoce na mídia</li></ul> |
| <b>Deficiência de políticas públicas de cuidado à saúde sexual do adolescente:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>. Ausência de programas de educação sexual na escola</li><li>. Desconhecimento do adolescente sobre ISTs/HIV</li><li>. Influência do meio; amigas que iniciaram a vida sexual</li></ul>   |

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis; SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

## SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

A depressão na adolescência é uma condição comum, porém, nem sempre diagnosticada. A incidência é maior em meninas, aumenta acentuadamente após a puberdade e, no final da adolescência, a taxa de prevalência de um ano excede 4%.<sup>(51)</sup>

A depressão na adolescência está associada ao aumento do risco para o suicídio e deve ser suspeitada sempre que há história familiar de depressão e exposição ao estresse psicossocial. Além da suspeita clínica, o diagnóstico de depressão pode ser acessado por meio de instrumento psicométrico validado para o Português Brasileiro. O quadro 3 evidencia o Questionário Sobre a Saúde do Paciente - 9 (versão da PHQ-9), que é um instrumento breve que reúne nove itens, dispostos em uma escala de quatro pontos do tipo Likert: 0 (nenhuma vez) a 3 (quase todos os dias),

com pontuação que varia de 0 a 27 para avaliar a frequência de sinais e sintomas de depressão nas últimas duas semanas. Estima-se, como indicador positivo de depressão maior, valor  $\geq$  a 10.<sup>(52)</sup>

### Quadro 3. Questionário Sobre a Saúde do Paciente - 9 (versão da PHQ-9)

| Durante as últimas 2 semanas, com que frequência você foi incomodado/a por qualquer um dos problemas abaixo?   | Nenhuma vez | Vários dias | Mais da metade dos dias | Quase todos os dias |
|--|-------------|-------------|-------------------------|---------------------|
| 1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas  | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 2. Se sentir “para baixo”, deprimido/a ou sem perspectiva  | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume   | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia  | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 5. Falta de apetite ou comendo demais  | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a  | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão   | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume | 0           | 1           | 2                       | 3                   |
| 9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a  | 0           | 1           | 2                       | 3                   |

*Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas.*

( ) Nenhuma dificuldade  
 ( ) Alguma dificuldade  
 ( ) Muita dificuldade  
 ( ) Extrema dificuldade

**Fonte:** Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet*. 2012;379(9820):1056-67.<sup>(50)</sup> [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=de%20Lima%20O%20s%20C3%B3rio%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=de%20Lima%20O%20s%20C3%B3rio%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694) Osório FL, [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vilela%20Mendes%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vilela%20Mendes%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694) Mendes AV, [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Crippa%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Crippa%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694) Crippa JA, [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Loureiro%20SR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Loureiro%20SR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694) Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. [HYPERLINK "https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566694"](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566694) \o “Perspectives in psychiatric care.” *Perspect Psychiatr Care*. 2009;45(3):216-27.<sup>(51)</sup>

## MEDIDAS DE CUIDADO A SAÚDE SEXUAL DA ADOLESCÊNCIA

### POLÍTICAS PÚBLICAS:

Os agravos à saúde sexual e geral das adolescentes relacionados com a iniciação sexual precoce indicam que a prevenção é o foco central do cuidado à



sexualidade da adolescente. A prevenção da iniciação sexual precoce envolve medidas que possam reduzir a motivação delas para iniciar as relações sexuais (Quadro 2). As mudanças hormonais na puberdade constituem a força natural que impele a menina para a busca por intimidade e prazer sexual, e não são controladas por proibições ou conselhos para postergar a iniciação sexual. São necessárias políticas públicas com programas de educação sexual nas escolas, que já demonstraram eficácia para prevenir a iniciação sexual precoce e o comportamento sexual de risco subsequente,<sup>(53)</sup> bem como para prevenir os agravos relacionados com as práticas sexuais na adolescência.<sup>(54)</sup> Estes programas devem tratar sobre a importância da religiosidade e do monitoramento dos pais,<sup>(55)</sup> mas precisam dar ênfase na importância da educação sexual nas escolas (ESE)<sup>(56)</sup> oferecidas pelos professores, que precisam ser capacitados para isto. As orientações sobre saúde sexual e reprodutiva pelos educadores e por profissionais de saúde<sup>(57-59)</sup> constituem fatores de proteção contra a iniciação sexual precoce e as práticas sexuais de risco na adolescência.

É fundamental atentar para o fato de que a ESE é mais efetiva para prevenir a iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros, sexo casual e relações sexuais desprotegidas quando instituída mais cedo para alunos do 5º e 6º ano.<sup>(60)</sup> Estes programas precisam ser desenhados com diferentes níveis de informação, para reforçar, sequencialmente, as medidas preventivas, porque as intervenções isoladas e pontuais não são efetivas.<sup>(18)</sup> A educação sexual oferecida pelos pais<sup>(7)</sup> e o monitoramento deles<sup>(61)</sup> contribuem para postergar a iniciação sexual, portanto, os pais precisam ser inseridos nos programas de ESE.

Os programas mais efetivos para retardar a iniciação sexual pênis-vagina são os que oferecem treinamento para autocontrole e negociação diante de situações de risco, aprimoramento da comunicação dos adolescentes por meio de grupos de discussão interativa e técnicas de encenação (*role play*). As ações nas escolas que visaram apenas a abstinência foram efetivas para reduzir em 15% o risco de iniciação sexual precoce.<sup>(62)</sup> Os programas que vincularam as ações nas escolas, juntamente com serviços de saúde reprodutiva e ações comunitárias, são os que mais favoreceram a redução das taxas de gravidez na adolescência.<sup>(63,64)</sup>

### **PAPEL DO GINECOLOGISTA E OBSTETRA (GO):**

O papel do GO é crucial na prevenção da gravidez indesejada/não planejada, ISTs, depressão, arrependimentos, entre outros, relacionados com a iniciação sexual precoce e as práticas sexuais de risco da adolescente. O Ministério da Saúde reserva ao médico o

direito de atender a adolescente sem a presença dos pais ou responsáveis, se ela assim o desejar,<sup>(65)</sup> o que torna mais fácil a conversa sobre as questões sexuais. Para isto, é necessário que o GO siga um roteiro de abordagem baseado em evidências (Quadro 2) e poderá contar com a presença de uma assistente, a fim de se precaver de problemas judiciais. Vale lembrar que o exame ginecológico quando necessário precisa ser com o consentimento da menina e com a presença de uma assistente ou da mãe.

Com frequência, o GO é consultado sobre o comportamento sexual de crianças sendo esta uma janela de oportunidade para oferecer medidas para a promoção da sexualidade saudável da criança, que poderá impactar positivamente na expressão da sexualidade dela na adolescência. As medidas propostas estão elencadas no quadro 4.

#### Quadro 4. Medidas educativas sobre sexualidade na infância

| MEDIDAS EDUCATIVAS  | EVIDÊNCIA   |
|---|---|
| Responder ao questionamento da criança sobre questões sexuais sem informações adicionais, aguardando que a criança manifeste sua curiosidade. | Se o tema não surge espontaneamente, utilizar situações como nascimento de um bebê na família ou de um animal para estimular o tema. <sup>(66)</sup>      |
| Não utilizar codinomes para a genitália feminina e masculina.   | Utilizar nomes próprios: pênis e vulva/vagina <sup>(66)</sup>   |
| Presenciar com naturalidade as atividades sexuais lúdicas, individuais ou compartilhadas da criança, sem fazer comentários repressivos.       | A curiosidade sexual e explorações sexuais lúdicas seriam benéficas se não fossem ativamente reprimidas, <sup>(33)</sup> o que gera culpa na criança.     |
| Buscar ajuda profissional para atividade sexual repetitiva da criança.  | Comportamento sexual repetitivo em crianças pode refletir a negligência ou violência, e alterações psíquicas como depressão e ansiedade. <sup>(31)</sup>  |
| Atentar para a mudança de comportamento da criança como fobias, masturbação excessiva, medo de ir à escola, medo de ficar sozinha.            | Alterações emocionais e psíquicas, e hipersexualidade são comuns em crianças vítimas de abuso sexual, <sup>(67)</sup> violência doméstica ou negligência. |

As orientações do GO para as adolescentes constam de esclarecimentos sobre a vivência sexual saudável e prazerosa. É importante informar que a satisfação sexual plena demanda maturidade e relações interpessoais afetivas e que, para a mulher, a satisfação sexual não está diretamente vinculada à sua capacidade de ter orgasmo. Esclarecer que o orgasmo pode ocorrer com mais facilidade com o estímulo direto no clitóris, sendo menos comum ocorrer com o estímulo indireto da relação pênis-vagina.<sup>(68)</sup>

Aos pais, o GO deve esclarecer que a participação deles é fundamental para mediar os efeitos ambientais no comportamento geral e sexual da adolescente.<sup>(69)</sup> Os pais devem ser informados sobre o efeito protetor da relação harmoniosa entre eles, e com a filha para reduzir os comportamentos sexuais de risco e para postergar a idade da primeira relação sexual.<sup>(70)</sup>

O quadro 5 elenca algumas medidas educativas para a promoção da sexualidade saudável que o GO pode oferecer aos pais e cuidadores e à adolescente.

## Quadro 5. Medidas educativas sobre sexualidade da adolescente

Esclarecer que o sexo é fonte lícita de prazer para ser vivenciada através do autoerotismo ou do compartilhamento com outra pessoa.<sup>(64,71)</sup>

Esclarecer sobre a anatomia da genitália, medidas higiênicas, tipos de hímen, possibilidade de dor e sangramento na primeira relação, e fases da resposta sexual, desejo, excitação, orgasmo e satisfação sexual que podem ser alteradas por vários fatores biológicos, psíquicos e relacionais.<sup>(72)</sup>

Informar que o orgasmo nem sempre ocorre, espontaneamente, nas relações sexuais pênis-vagina<sup>(73)</sup> e que, 20% a 36% das mulheres conseguem orgasmo na penetração,<sup>(74)</sup> sendo que a maioria delas consegue com a masturbação.<sup>(75)</sup>

Informar que o autoerotismo (masturbação) é uma prática comum e natural, como fonte de prazer sexual e importante para a mulher aprender a ter o orgasmo.<sup>(75)</sup>

Informar que é importante postergar a relação sexual para os 16 anos ou mais, para prevenir problemas de saúde física e mental para a adolescente.<sup>(44)</sup>

Informar sobre contágio das ISTs/HIV. O conhecimento sobre estas doenças contribui para postergar a sexarca e reduzir o sexo desprotegido.<sup>(76)</sup>

Intermediar a discussão entre pais e adolescente sobre temas sexuais.<sup>(77)</sup> Em geral, as adolescentes preferem a mãe para obter informações sobre sexo.

Orientar os pais sobre não restringir a iniciação sexual para adolescentes com desenvolvimento psicoemocional e cognitivo adequado. Estas adolescentes têm potencial para fazer escolhas conscientes se forem devidamente informadas.<sup>(78)</sup> A restrição da vivência sexual para estas adolescentes estimula a iniciação sexual precoce.<sup>(79)</sup>

Informar aos pais que a relação assertiva e colaborativa com a adolescente favorece o adiamento da sexarca.<sup>(70)</sup>

Informar aos pais sobre a importância do monitoramento da adolescente (conhecer com quem a menina se relaciona, lugares que frequenta, discutir ISTs/AIDS) para reduzir comportamentos de risco.<sup>(66)</sup>

Alertar a adolescente sobre a pressão de amigas e do namorado, bem como da influência da mídia para a iniciação sexual. Reforçar a importância dela mesma decidir o melhor momento para iniciar a vida sexual.<sup>(66)</sup>

Informar aos pais e adolescentes que os relacionamentos homoafetivos podem ocorrer de maneira transitória na adolescência.

Informar sobre o risco potencial de adição a drogas e álcool nesta fase.

Informar a adolescente sobre riscos dos relacionamentos sexuais transitórios com múltiplos parceiros,<sup>(80)</sup> que estão associados ao aumento da incidência de lesões precursoras do câncer do colo uterino.

Detalhar sobre o uso correto do preservativo e de método anticoncepcional eficaz. A iniciação precoce do anticoncepcional está associada à maior adesão ao método.<sup>(81)</sup>

Estimular o uso do preservativo e prescrever um método anticoncepcional eficaz lembrando que as pilulas sem intervalo e os métodos reversíveis de longa duração (*Long-Acting Reversible Contraceptives - LARC*) são os mais efetivos para evitar gravidez precoce e recorrência de gravidez na adolescência.<sup>(82)</sup>

Informar sobre a segurança dos anticoncepcionais hormonais. Lembrar que o anticoncepcional combinado não afeta a estatura e o peso corporal.<sup>(83)</sup>

Orientar vacinas para HPV, hepatite B e outros.

ISTs - Infecções Sexualmente Transmissíveis; SIDA - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HPV - Papiloma Vírus Humano

## CONCLUSÃO

A sexualidade é um conceito multidimensional que inclui as relações interpessoais, o comportamento, as relações sexuais, e o afeto. O sexo é apenas um aspecto da sexualidade. Os pais e o ambiente escolar são fundamentais para a construção da sexualidade da adolescente. A educação sexual nas escolas é essencial para a pre-

venção dos comportamentos sexuais de risco da adolescente e contribuir para a redução das taxas de gravidez não planejada/Indesejada nesta fase. A intervenção oportuna do GO é efetiva para a promoção da saúde sexual das adolescentes.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Education and treatment in human sexuality: the training of health professionals. Geneva: WHO; 1975. (Report of a WHO Meeting Ser. T. Rep: 5-33).
2. World Health Organization (WHO). Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. Geneva: WHO; 2006. (Sexual Health Documents Series, 30).
3. Lovallo WR, Farag NH, Sorocco KH, Acheson A, Cohoon AJ, Vincent AS. Early life adversity contributes to impaired cognition and impulsive behavior: studies from the Oklahoma Family Health Patterns Project. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013 Apr;37(4):616–23.
4. Ellis BJ, Schlomer GL, Tilley EH, Butler EA. Impact of fathers on risky sexual behavior in daughters: a genetically and environmentally controlled sibling study. *Dev Psychopathol*. 2012;24(1):317–32.
5. Stephenson R, Simon C, Finneran C. Community factors shaping early age at first sex among adolescents in Burkina Faso, Ghana, Malawi, and Uganda. *J Health Popul Nutr*. 2014;32(2):161–75.
6. van de Bongardt D, Reitz E, Sandfort T, Deković M. A meta-analysis of the relations between three types of peer norms and adolescent sexual behavior. *Pers Soc Psychol Rev*. 2015;19(3):203–34.
7. Barman-Adhikari A, Cederbaum J, Sathoff C, Toro R. Direct and indirect effects of maternal and peer influences on sexual intention among urban african american and hispanic females. *Child Adolesc Social Work J*. 2014;31(6):559–75.
8. Morón-Duarte LS, Latorre C, Tovar JR. Risk factors for adolescent pregnancy in Bogotá, Colombia, 2010: a case-control study. *Rev Panam Salud Publica*. 2014;36(3):179–84.

9. Collaer ML, Hines M. Human behavioral sex differences: a role for gonadal hormones during early development?. *Psychol Bull.* 1995;118(1):55–107. Review.
10. Chen C, Decety J, Huang PC, Chen CY, Cheng Y. Testosterone administration in females modulates moral judgment and patterns of brain activation and functional connectivity. *Hum Brain Mapp.* 2016;37(10):3417–30.
11. Berenbaum SA, Bryk KL, Beltz AM. Early androgen effects on spatial and mechanical abilities: evidence from congenital adrenal hyperplasia. *Behav Neurosci.* 2012;126(1):86–96.
12. Palmert MR, Hayden DL, Mansfield MJ, Crigler JF Jr, Crowley WF Jr, Chandler DW, et al. The longitudinal study of adrenal maturation during gonadal suppression: evidence that adrenarche is a gradual process. *J Clin Endocrinol Metab.* 2001;86(9):4536–42.
13. Caruso S, Agnello C, Malandrino C, Lo Presti L, Cicero C, Cianci S. Do hormones influence women's sex? Sexual activity over the menstrual cycle. *J Sex Med.* 2014;11(1):211–21.
14. Herting MM, Gautam P, Spielberg JM, Kan E, Dahl RE, Sowell ER. The role of testosterone and estradiol in brain volume changes across adolescence: a longitudinal structural MRI study. *Hum Brain Mapp.* 2014;35(11):5633–45.
15. Sullivan EV, Pfefferbaum A, Rohlfing T, Baker FC, Padilla ML, Colrain IM. Developmental change in regional brain structure over 7 months in early adolescence: comparison of approaches for longitudinal atlas-based parcellation. *Neuroimage.* 2011;57(1):214–24.
16. Seehuus M, Clifton J, Rellini AH. The role of family environment and multiple forms of childhood abuse in the shaping of sexual function and satisfaction in women. *Arch Sex Behav.* 2015;44(6):1595–608.
17. Diaz-Aguado MJ, Martinez R. Martinez R. Types of adolescent male dating violence against women, self-esteem, and justification of dominance and aggression. *J Interpers Violence.* 2015;30(15):2636–58.
18. Lundgren R, Amin A. Addressing intimate partner violence and sexual violence among adolescents: emerging evidence of effectiveness. *J Adolesc Health.* 2015;56(1 Suppl):S42–50.
19. Harden KP. Genetic influences on adolescent sexual behavior: why genes matter for environmentally oriented researchers. *Psychol Bull.* 2014;140(2):434–65.

- 20.** Resnick MD, Catalano RF, Sawyer SM, Viner R, Patton GC. Seizing the opportunities of adolescent health. *Lancet*. 2012;379(9826):1564–7.
- 21.** Mathews C, Aarø LE, Flisher AJ, Mukoma W, Wubs AG, Schaalma H. Predictors of early first sexual intercourse among adolescents in Cape Town, South Africa. *Health Educ Res*. 2009;24(1):1–10.
- 22.** Brown MJ, Masho SW, Perera RA, Mezuk B, Cohen SA. Sex and sexual orientation disparities in adverse childhood experiences and early age at sexual debut in the United States: results from a nationally representative sample. *Child Abuse Negl*. 2015;46:89–102.
- 23.** Larsson I, Svedin CG. Teachers' and parents' reports on 3- to 6-year-old children's sexual behavior—a comparison. *Child Abuse Negl*. 2002 ;26(3):247–66.
- 24.** Rödöö P, Hellberg D. Girls who masturbate in early infancy: diagnostics, natural course and a long-term follow-up. *Acta Paediatr*. 2013;102(7):762–6.
- 25.** Friedrich WN, Fisher J, Broughton D, Houston M, Shafran CR. Normative sexual behavior in children: a contemporary sample. *Pediatrics*. 1998;101(4):E9.
- 26.** Thigpen JW. Early sexual behavior in a sample of low-income, African American Children. *J Sex Res*. 2009;46(1):67–79.
- 27.** Lamb S, Coakley M. "Normal" childhood sexual play and games: differentiating play from abuse. *Child Abuse Negl*. 1993;17(4):515–26.
- 28.** Larsson I, Svedin CG. Sexual experiences in childhood: young adults' recollections. *Arch Sex Behav*. 2002;31(3):263–73.
- 29.** Gagnon JH. Attitudes and responses of parents to pre-adolescent masturbation. *Arch Sex Behav*. 1985;14(5):451–66.
- 30.** Yang ML, Fullwood E, Goldstein J, Mink JW. Masturbation in infancy and early childhood presenting as a movement disorder: 12 cases and a review of the literature. *Pediatrics*. 2005;116(6):1427–32.
- 31.** Bufferd SJ, Dougherty LR, Carlson GA, Rose S, Klein DN. Psychiatric disorders in preschoolers: continuity from ages 3 to 6. *Am J Psychiatry*. 2012;169(11):1157–64.

- 32.** Hong JS, Tillman R, Luby JL. Disruptive behavior in preschool children: distinguishing normal misbehavior from markers of current and later childhood conduct disorder. *J Pediatr.* 2015, 166(3):723-30.e1
- 33.** Josephs L. How children learn about sex: a cross-species and cross-cultural analysis. *Arch Sex Behav.* 2015;44(4):1059–69.
- 34.** Jaschek G, Carter-Pokras O, He X, Lee S, Canino G. Association of child maltreatment and depressive symptoms among Puerto Rican youth. *Child Abuse Negl.* 2016;58:63–71.
- 35.** Lewis RJ, Janda LH. The relationship between adult sexual adjustment and childhood experiences regarding exposure to nudity, sleeping in the parental bed, and parental attitudes toward sexuality. *Arch Sex Behav.* 1988;17(4):349–62.
- 36.** Izdebska A, Beisert MJ, Roszyk A. The early childhood sexual experiences and collusion in adult partner relationship. *Psychiatr Pol.* 2015;49(3):625–36.
- 37.** Krajewski W, Wojciechowska J, Krefft M, Hirnle L, Kołodziej A. Urogenital tract disorders in children suspected of being sexually abused. *Cent European J Urol.* 2016;69(1):112–7.
- 38.** Charlton BM, Corliss HL, Spiegelman D, Williams K, Austin SB. Changes in reported sexual orientation following US States recognition of same-sex couples. *Am J Public Health.* 2016;106(12):2202–4.
- 39.** Suchert V, Hanewinkel R, Isensee B. Screen time, weight status and the self-concept of physical attractiveness in adolescents. *J Adolesc.* 2016;48:11–7.
- 40.** Mereish EH, Poteat VP. A relational model of sexual minority mental and physical health: the negative effects of shame on relationships, loneliness, and health. *J Couns Psychol.* 2015;62(3):425–37.
- 41.** Woodford MR, Kulick A, Sinco BR, Hong JS. Contemporary heterosexism on campus and psychological distress among LGBTQ students: the mediating role of self-acceptance. *Am J Orthopsychiatry.* 2014;84(5):519–29.
- 42.** Lam D, Marteleto LJ, Ranchhod V. The influence of older classmates on adolescent sexual behavior in Cape Town, South Africa. *Stud Fam Plann.* 2013;44(2):147–67.
- 43.** Currie C, Gabhainn SN, Godeau E, Roberts C, Smith R, Currie D, Pickett W, Richter M, Morgan A, Barnekov V. Inequalities in young people's health: health behaviour in school-aged children. International Report from the 2005/2006 Survey.

Hbsc International Report from the 2005/2006 Survey. C. A. A. H. R. U. (Cahru). Scotland: World Health Organization; 2008.

**44.** Lara LA, Abdo CH. Age at initial sexual intercourse and health of adolescent girls. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2016; 29(5):417-23.

**45.** Finer LB, Philbin JM. Sexual initiation, contraceptive use, and pregnancy among young adolescents. *Pediatrics.* 2013 ;131(5):886–91.

**46.** Kalolo A, Kibusi SM. The influence of perceived behaviour control, attitude and empowerment on reported condom use and intention to use condoms among adolescents in rural Tanzania. *Reprod Health.* 2015;12(1):105.

**47.** Donovan P. *The Politics of Blame: Family planning, abortion, and the poor.* New York (NY): Alan Guttmacher Institute; 1995.

**48.** Institute AG. *Sex and America's teenagers.* New York (NY): Alan Guttmacher Institute; 1994.

**49.** Newcomer SF, Udry JR. Parent-child communication and adolescent sexual behavior. *Fam Plann Perspect.* 1985;17(4):169–74.

**50.** Thapar A, Collishaw S, Pine DS, Thapar AK. Depression in adolescence. *Lancet.* 2012;379(9820):1056-67.

**51.** HYPERLINK "[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=de%20Lima%20Os%20C3%B3rio%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=de%20Lima%20Os%20C3%B3rio%20F%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694)" Osório FL, HYPERLINK "[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vilela%20Mendes%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Vilela%20Mendes%20A%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694)" Mendes AV, HYPERLINK "[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Crippa%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Crippa%20JA%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694)" Crippa JA, HYPERLINK "[https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Loureiro%20SR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor\\_uid=19566694](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Loureiro%20SR%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=19566694)" Loureiro SR. Study of the discriminative validity of the PHQ-9 and PHQ-2 in a sample of Brazilian women in the context of primary health care. HYPERLINK "<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19566694>" \o "Perspectives in psychiatric care." *Perspect Psychiatr Care.* 2009;45(3):216-27.

**52.** Sipsma H, Biello KB, Cole-Lewis H, Kershaw T. Like father, like son: the intergenerational cycle of adolescent fatherhood. *Am J Public Health.* 2010;100(3):517–24.



- 53.** Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387(10036):2423–78.
- 54.** Kalamar AM, Bayer AM, Hindin MJ. Interventions to prevent sexually transmitted infections, including hiv, among young people in low- and middle-income countries: a systematic review of the published and gray literature. *J Adolesc Health*. 2016;59(3 Suppl):S22-31.
- 55.** Okigbo CC, Kabiru CW, Mumah JN, Mojola SA, Beguy D. Influence of parental factors on adolescents' transition to first sexual intercourse in Nairobi, Kenya: a longitudinal study. *Reprod Health*. 2015;12(1):73.
- 56.** Oliveira-Campos M, Giatti L, Malta D, Barreto SM. Contextual factors associated with sexual behavior among Brazilian adolescents. *Ann Epidemiol*. 2013;23(10):629–35.
- 57.** Lammers C, Ireland M, Resnick M, Blum R. Influences on adolescents' decision to postpone onset of sexual intercourse: a survival analysis of virginity among youths aged 13 to 18 years. *J Adolesc Health*. 2000; 26(1):42-8.
- 58.** Wheeler SB. Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: an examination of early sexual intercourse and illegal substance use. *J Adolesc Health*. 2010; 47(6):582-90.
- 59.** Kennedy EC, Bulu S, Harris J, Humphreys D, Malverus J, Gray NJ. "These issues aren't talked about at home": a qualitative study of the sexual and reproductive health information preferences of adolescents in Vanuatu. *BMC Public Health*. 2014;14(1):770.
- 60.** Frost JJ, Forrest JD. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Fam Plann Perspect*. 1995;27(5):188–95.
- 61.** Sieverding JA, Adler N, Witt S, Ellen J. The influence of parental monitoring on adolescent sexual initiation. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2005;159(8):724–9.
- 62.** Jemmott JB 3rd, Jemmott LS, Fong GT. Efficacy of a theory-based abstinence-only intervention over 24 months: a randomized controlled trial with young adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2010;164(2):152–9.
- 63.** Zabin LS, Hirsch MB, Streett R, Emerson MR, Smith M, Hardy JB, et al. The Baltimore pregnancy prevention program for urban teenagers. I. How did it work? *Fam Plann Perspect*. 1988 ;20(4):182–7.

- 64.** Paine-Andrews A, Harris KJ, Fisher JL, Lewis RK, Williams EL, Fawcett SB, et al. Effects of a replication of a multicomponent model for preventing adolescent pregnancy in three Kansas communities. *Fam Plann Perspect.* 1999;31(4):182–9.
- 65.** Brasil. Ministério da Saúde. Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. (Série A: Normas e Manuais Técnicos).
- 66.** Breuner CC, Mattson G; Committee on Adolescence; Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. Sexuality education for children and adolescents. *Pediatrics.* 2016;138(2). pii: e20161348.
- 67.** Sowmya BT, Seshadri SP, Srinath S, Girimaji S, Sagar JV. Clinical characteristics of children presenting with history of sexual abuse to a tertiary care centre in India. *Asian J Psychiatr.* 2016 ;19:44–9.
- 68.** Lopes G, Maia M. Conversando com o adolescente sobre sexo. Quem vai responder? Rio de Janeiro: Autêntica Editora; 2001.
- 69.** Collier KM, Coyne SM, Rasmussen EE, Hawkins AJ, Padilla-Walker LM, Erickson SE, et al. Does parental mediation of media influence child outcomes? A meta-analysis on media time, aggression, substance use, and sexual behavior. *Dev Psychol.* 2016;52(5):798–812.
- 70.** Upadhyay UD, Hindin MJ. The influence of parents’ marital relationship and women’s status on children’s age at first sex in Cebu, Philippines. *Stud Fam Plann.* 2007;38(3):173–86.
- 71.** Suleiman AB, Galvan A, Harden KP, Dahl RE. Becoming a sexual being: The ‘elephant in the room’ of adolescent brain development. *Dev Cogn Neurosci.* 2016; Sep 29. pii: S1878-9293(16)30077-9.
- 72.** Basson R. Human sexual response. *Handb Clin Neurol.* 2015;130:11-18.
- 73.** Georgiadis JR, Kortekaas R, Kuipers R, Nieuwenburg A, Pruijm J, Reinders AA, et al. Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci.* 2006;24(11):3305–16.
- 74.** Harris JM, Cherkas LF, Kato BS, Heiman JR, Spector TD. Normal variations in personality are associated with coital orgasmic infrequency in heterosexual women: a population-based study. *J Sex Med.* 2008;5(5):1177–83.

- 75.** Reisinger JJ. Effects of erotic stimulation and masturbatory training upon situational orgasmic dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1978;4(3):177–85.
- 76.** Markham CM, Tortolero SR, Peskin MF, Shegog R, Thiel M, Baumler ER, et al. Sexual risk avoidance and sexual risk reduction interventions for middle school youth: a randomized controlled trial. *J Adolesc Health.* 2012; 50(3):279-88.
- 77.** Hyde A, Carney M, Drennan J, Butler M, Lohan M, Howlett E. The silent treatment: parents' narratives of sexuality education with young people. *Cult Health Sex.* 2010 ;12(4):359–71.
- 78.** Cook RJ, Erdman JN, Dickens BM. Respecting adolescents' confidentiality and reproductive and sexual choices. *Int J Gynaecol Obstet.* 2007;98(2):182–7.
- 79.** Negy C, Velezmoro R, Reig-Ferrer A, Smith-Castro V, Livia J. Parental Influence on Their Adult Children's Sexual Values: A Multi-National Comparison Between the United States, Spain, Costa Rica, and Peru. *Arch Sex Behav.* 2016;45(2):477–89.
- 80.** Allen CF, Edwards P, Gennari F, Francis C, Caffè S, Boisson E, et al. Evidence on delay in sexual initiation, multiple partnerships and condom use among young people: review of Caribbean HIV behavioural studies. *West Indian Med J.* 2013;62(4):292–8.
- 81.** True K, Bajos N, Bohet A, Moreau C. Timing of contraceptive initiation and association with future sexual and reproductive outcomes. *Hum Reprod.* 2014;29(8):1651–8.
- 82.** Kaneshiro B, Salcedo J. Contraception for Adolescents: Focusing on Long-Acting Reversible Contraceptives (LARC) to Improve Reproductive Health Outcomes. *Curr Obstet Gynecol Rep.* 2015;4(1):53–60.
- 83.** Warholm L, Petersen KR, Ravn P. Combined oral contraceptives' influence on weight, body composition, height, and bone mineral density in girls younger than 18 years: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2012; 17(4):245-53.







# iumi

## Conectado com as jovens, trazendo o que importa.



**iumi é feito especialmente para as adolescentes, na formulação e nos benefícios terapêuticos. iumi é valorizado por elas porque vai além, oferecendo apoio e orientação. É por isso que agora iumi está nas redes sociais. Através do #TarjaRosa, iumi vai falar com elas sobre sexualidade, DSTs, contracepção, carreira e muito mais. Visite também #TarjaRosa nas principais redes sociais.**

**IUMI - DROSPIRONENA 3 mg - ETINILESTRADIOL 0,02 mg** contendo 1 cartela ou 3 cartelas com 24 **COMPRIMIDOS REVESTIDOS - USO ORAL E ADULTO. INDICAÇÕES:** contraceptivo oral, com efeitos antimineralocorticóide e antiandrogênico (mulheres com retenção de líquido de origem hormonal e seus sintomas). **CONTRAINDICAÇÕES:** presença ou história de trombose venosa profunda, embolia pulmonar, infarto do miocárdio ou acidente vascular cerebral. Presença ou história de sintomas e/ou sinais prodromicos de trombose. História de enxaqueca com sintomas neurológicos focais (enxaqueca com aura). Diabetes mellitus com alterações vasculares. Presença de um fator de risco grave ou múltiplos fatores de risco para trombose arterial ou venosa. Presença ou história de pancreatite associada a hipertrigliceridemia grave. Presença ou história de doença hepática grave, enquanto os valores da função hepática não retornarem ao normal. Insuficiência renal grave ou falência renal aguda. Presença ou história de tumores hepáticos benignos ou malignos. Diagnóstico ou suspeita de neoplasias dependentes de esteróides sexuais. Sangramento vaginal não diagnosticado. Suspeita ou diagnóstico de gravidez. Tabagismo em pacientes com idade superior a 35 anos. Hipersensibilidade a qualquer um dos componentes do medicamento. **PRECAUÇÕES E ADVERTÊNCIAS:** fumo; diabetes; excesso de peso; hipertensão; cardiopatia; distúrbios tromboembólicos; infarto do miocárdio ou AVC; enxaqueca; epilepsia; hiperpotassemia; distúrbios metabólicos como hipopotassemia; histórico ou suspeita de câncer de mama; distúrbios hepáticos; doença de Crohn ou colite ulcerativa; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome hemolítico-urêmica; anemia falciforme; perda de audição; portia; herpes gestacional e coríea de Sydenham; clamídia. Evitar a exposição excessiva ao sol ou à radiação ultravioleta. **GRAVIDEZ E LACTAÇÃO:** categoria de risco na gravidez: X. Este medicamento não deve ser utilizado por mulheres grávidas ou que possam ficar grávidas durante o tratamento e nem por aquelas que estão amamentando. **INTERAÇÕES COM MEDICAMENTOS, ALIMENTOS E ALCOOL:** fenitoínas, barbitúricos, primidona, carbamazepina, rifampicina, modafinila e oxcarbazepina, topiramato, felbamato, ritonavir, griseofulvina e produtos contendo erva-de-são-joão; certos antibióticos, como as penicilinas e tetraciclina; inibidores da enzima convertora 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 do 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 corticosteróides e frações lipídico-lipoproteicas); parâmetros do metabolismo de carboidratos e parâmetros da coagulação e fibrinólise. A drospironona 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 de 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 progesterona 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. M.S. 1.0033.0154/Farm. resp.: Cintia Delphino de Andrade - CRF-SP nº 25.125 LBBS FARMACEUTICA LTDA/CNPJ: 61.230.314/0001-75/Rua Alberto Correia Francfort, 88/Embu das Artes - SP/CNPJ: 61.230.314/0005-07/Iumi-MB10-15/SAC: 08000-135044. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. A persistir os sintomas, o médico deve ser consultado. Documentação Científica e informações adicionais estão à disposição da classe médica, mediante solicitação.

**Contraindicações:** trombose venosa profunda/gestação.  
**Interações com medicamentos:** antibacterianos/antifúngicos.

**iumi**  
drospironena 3 mg  
etinilestradiol 0,02 mg

**Libbs**  
Porque se trata da vida

# febrasgo

Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PATROCINADOR

**Libbs**  
Porque se trata da vida

Código 506956 / setembro 2018

