

Mario Vicente Giordano¹
Luiz Augusto Giordano¹

Contraceção na adolescência

Contraception in adolescents

> RESUMO

A contracepção na adolescência é tema relevante à prática clínica de qualquer médico, especialmente do ginecologista e pediatra. Neste importante período da vida feminina, há transformações corporais próprias, cada vez mais precoces, nem sempre acompanhadas de amadurecimento psicológico e social. Talvez isso explique as elevadas taxas de gravidez entre adolescentes no Brasil. É dever do médico orientar essas jovens mulheres quanto à escolha do método contraceptivo; informar sobre todos os métodos existentes, os benefícios e efeitos indesejados de cada um, incentivando a adesão à opção escolhida. Independente do planejamento familiar, sempre prevenir a transmissão de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) por meio de preservativo masculino ou feminino.

> UNITERMOS

Adolescentes; contracepção; doenças sexualmente transmissíveis; sexualidade

> ABSTRACT

Contraception in adolescence is a relevant subject to the clinical practice of any physician, especially gynecologist and pediatrician. In this important period of women's life, specific corporal transformations happen; each time more precocious, not ever followed by psychological and social progress. Perhaps it explains the high taxes of pregnancy among adolescents in Brazil. Physicians shall guide these young women about the choice of contraceptive methods; informing about all available methods, benefits and unwished effects of each one, stimulating the adhesion to chosen option. Independently of familiar planning, always preventing sexually transmitted diseases (STDs) through masculine or feminine condoms.

> KEY WORDS

Adolescents; contraception; sexual trasmitted disease; sexuality

> INTRODUÇÃO

A contracepção na adolescência reveste-se de grande importância por ser a fase da vida em que há dúvidas e temores acerca da própria feminilidade. Na adolescência há incertezas sobre fertilidade, atividade sexual e ciclicidade menstrual. Há o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários femininos, sendo a jovem vista pela sociedade não mais como menina, mas como mulher, com modificações do comportamento sexual.

A gravidez na adolescência imprime modificações profundas na jovem, visto que o organismo não está totalmente desenvolvido aos 12 ou 13 anos. O início precoce da atividade sexual impõe cuidados especiais para que se evite uma gestação,

habitualmente indesejada. Essas jovens devem dispor de método contraceptivo eficaz com efeitos adversos mínimos, aumentando a adesão ao tratamento e promovendo adequado planejamento familiar⁽¹⁰⁾.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A ADOLESCÊNCIA <

É indispensável ao ginecologista o estudo e a compreensão da sexualidade na adolescência, porque, depois do pediatra, é o primeiro médico a cuidar dessas jovens, orientando-as sobre doenças infecciosas, sexologia, contracepção e fisiologia genital.

¹ Ginecologista pela Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO).

Há, na atualidade, desenvolvimento puberal e maturidade sexual em idades mais tenras, surgindo a menarca aproximadamente aos 11 anos. Hoje, o início da atividade sexual ocorre cada vez mais precocemente. Sessenta e dois por cento das meninas até 18 anos já tiveram atividade sexual e uma parcela considerável já apresentou doença sexualmente transmissível (DST) com destaque para o papilomavírus humano (HPV)⁽¹³⁾.

Habitualmente o desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários ocorre prematuramente, não sendo acompanhado de desenvolvimento psíquico adequado, o que explica as crescentes taxas de gestação nas adolescentes brasileiras.

Podemos dividir a adolescência em inicial (10 a 14 anos), média (14 a 17) e tardia (acima de 17 anos).

O início da adolescência caracteriza-se pelo desenvolvimento puberal: caracteres sexuais secundários, estirão puberal e menarca. Sexualmente estão preocupadas com o corpo e há insegurança quanto à aparência ante os amigos. Sempre há dúvidas sobre gravidez, masturbação, fluxo menstrual, entre outros. Iniciam atividade sexual como forma de se tornarem maduras e serem consideradas mulheres "formadas".

Na adolescência média, há o término do desenvolvimento pubertário. Há sensação de independência e, não raro, conflitos familiares. É a época da vida em que algumas experimentam a rebeldia (relações sexuais frequentes, aumento do número de parceiros, ingestão de bebidas alcoólicas e uso de outras substâncias proibidas).

Na adolescência tardia há maior senso de responsabilidade. As jovens preparam-se para a faculdade ou o mercado de trabalho. Há a imagem do namorado e busca-se relação mais duradoura, com compromisso, inclusive perante a família.

A adolescência é um período com intensas modificações físicas e psíquicas. Há desenvolvimento dos caracteres sexuais secundários e surge a menarca, configurando a transição da infância à idade reprodutiva. Emocionalmente há a formação do caráter e essas jovens merecem atenção especial para dirimir dúvidas e incertezas, sobretudo no que se refere à sexualidade feminina.

Durante a consulta médica com adolescente deve-se atentar para o uso de linguagem apropriada, analisar seus históricos médico e sexual, oferecer ambiente tranquilo e, de preferência, sem a presença dos pais. A orientação médica deve ser voltada para a adolescente e seus pais, fazendo-os compreender a importância de se respeitar a privacidade do adolescente, promovendo adequada assistência profissional, ou seja, orientação sexual e contraceptiva. Assegurar às adolescentes que o médico tem o dever da confidencialidade, que nada dito na consulta será transmitido aos pais, exceto quando identificada situação de risco para a menina ou ente próximo: gravidez, idéia de suicídio ou homicídio, HIV/AIDS ou gravidez.

São dúvidas frequentes no atendimento médico dessas jovens: em que época do ciclo posso engravidar? Quando posso ter relações sexuais seguras? O que é planejamento familiar? Quais as opções disponíveis? Qual a melhor?

Lembramos a importância em se analisar cada adolescente individualmente, evitando-se generalizações, com paciência e atenção a dúvidas, queixas, temores, instruindo-as convenientemente. Anamnese e exame físico minuciosos, na maioria das vezes, são suficientes para a prescrição de algum método contraceptivo. Informar sobre vantagens, desvantagens, efeitos colaterais, eficácia e benefício à própria saúde evita gestações precoces e motiva a menina (melhor ainda se for o casal) a realizar método contraceptivo regular e seguro, promovendo o bem-estar social e físico⁽⁶⁾.

Um dos principais problemas apresentados pelas adolescentes é a irregularidade menstrual, comum nessa época. O amadurecimento gradual do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano é responsável por ciclos anovulatórios com certa frequência, resultando em sangramentos disfuncionais. A pílula combinada exerce bem seu papel de método contraceptivo e regularizador do ciclo, evitando-se anemia, vulvovaginites etc.

Essas adolescentes estão sob risco de contrair DSTs com sérias implicações sobre o trato genital a longo prazo. Não raro encontramos infertilidade por fator tuboperitoneal (obstruções secundárias a processos infecciosos) em mulheres jovens com

infertilidade conjugal. A maior liberação sexual experimentada nos dias de hoje torna as adolescentes grande grupo de risco. Lastreados nesses dados epidemiológicos, cabe ao ginecologista sempre indicar um método de barreira, isolado ou associado a outro método de uso regular, como a pílula. Os mais aceitos são os preservativos masculino e feminino. Durante a consulta, insistir na importância desses métodos na promoção da saúde evita doenças infecciosas como AIDS, hepatite B, sífilis, gonorréia e, mais comumente, o HPV.

Com a chegada da puberdade há incremento na síntese hormonal e, muitas vezes, manifestações hiperandrogênicas. Acne, seborreia e queda de cabelo são queixas comuns que podem ser resolvidas utilizando-se pílula anticoncepcional bem selecionada. Deve-se ter em mente que o melhor é oferecer método contraceptivo eficaz com a menor dose necessária. Iniciamos então preparados com 15 ou 20 mcg de etinilestradiol e, nesses casos em particular, optamos por um dos três progestógenos: ciproterona, clormadinona e drospirenona. Há excelente controle do ciclo com melhora substancial da acne e da oleosidade da pele.

A orientação sexual é importante para que haja diminuição das enormes taxas de gravidez na adolescência encontradas no Brasil.

> ANTICONCEÇÃO PARA ADOLESCENTES

Iniciar método contraceptivo para adolescentes requer consulta médica tranquila, com especial atenção às suas dúvidas, anseios e temores com a chegada de uma nova fase da vida.

Para identificar o método ideal devemos abordar seus costumes e individualidades: frequência sexual, número de parceiros, motivação para iniciar o método, efeitos e parafeitos da terapia contraceptiva sobre o organismo feminino, riscos de contrair DST, entre outros. O médico deve ser sensível a todas essas questões, pois é nesse período que ocorrem as maiores taxas de gravidez (falha e descontinuidade do método) em mulheres em regime de contraceção⁽⁶⁾.

PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS COMBINADAS

Podem ser monofásicas, bifásicas e trifásicas. As primeiras são o método mais difundido no mundo, sendo eficaz em baixas doses (15, 20 ou 30 mcg de etinilestradiol) e com poucos efeitos adversos nessa faixa etária (mastalgia, cefaleia, náuseas), comumente passageiros. Porém, para usufruir de todas essas vantagens, o uso deve ser correto e prolongado, o que não ocorre na maioria das vezes, por inúmeros fatores:

- os pais podem não saber da iniciação sexual da filha e a cartela da pílula pode constranger a adolescente;
- as adolescentes são o grupo que mais esquece de tomar os comprimidos, explicando as altas taxas de insucesso quando comparadas com mulheres mais maduras;
- a descontinuidade do método é alta, havendo desistência de até 10% antes do primeiro ano de uso.

Os progestógenos são derivados da 17-hidroxiprogesterona, 19 nortestosterona e da espironolactona. Os mais comuns, comercializados no Brasil, estão expostos na **Tabela 1**.

Tabela 1
PROGESTÓGENOS

17-Hidroxiprogesterona: ciproterona, clormadinona

19-Nortestosterona: levonorgestrel, gestodeno, desogestrel

Espironolactona: drospirenona

A pílula pode ser iniciada na adolescência sem haver interferência no amadurecimento do eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, na soldadura das epífises ósseas (sem diminuição da estatura final da mulher) e tampouco no desenvolvimento do sistema reprodutivo. Para que houvesse interferência indesejada, os níveis hormonais deveriam ser 10 vezes maiores que os presentes nos preparados combinados modernos.

Há vantagem, ainda, na regularização dos ciclos menstruais, frequentemente alterados na adolescência. São comuns hipermenorreia, sangramento uterino disfuncional e oligomenorreia secundários ao amadurecimento do eixo neuroendócrino feminino. As pílulas são especialmente indicadas

para as adolescentes com manifestações hiperandrogênicas como acne e hirsutismo.

Não há dados na literatura que sustentem a idéia de a pílula interferir no risco de algumas manifestações clínicas, como aumentar os riscos de tromboembolismo antes dos 20 anos e câncer do colo uterino.

Ao contrário, as pílulas modernas podem prevenir o desenvolvimento ou surgimento de algumas condições patológicas, como exposto na **Tabela 2**.

Tabela 2
EFEITOS BENÉFICOS NÃO-CONTRACEPIVOS DA PÍLULA COMBINADA NAS ADOLESCENTES

Redução do volume menstrual e regularização do ciclo

Melhora das anemias microcítica e hipocrômica

Melhora da dismenorreia

Prevenção e tratamento de cistos foliculares persistentes

Redução do risco de gravidez ectópica

Redução de 50% no risco de câncer de endométrio (5 anos de uso)

Redução de 66% no risco de câncer de ovário (5 anos de uso)

Melhora dos sintomas da artrite reumatoide

Melhora da pele (acne) e hirsutismo nos casos de hiperandrogenismo

As adolescentes podem escolher a posologia. Pílulas com 15 mcg de etinilestradiol devem ser tomadas por 24 dias com intervalo de quatro, e as com 20 ou mais microgramas de etinilestradiol são administradas por 21 dias com intervalo de sete dias. Nas duas situações o uso contínuo pode ser prescrito se a adolescente não deseja menstruar⁽⁵⁾.

Talvez o maior temor das adolescentes seja a divulgação, desprovida de comprovação científica, de que as pílulas aumentam o peso corporal. Estudos recentes não mostram tal alteração^(8,11,12).

MINIPÍLULAS

São preparados hormonais contendo somente progestógenos. São indicados para mulheres que não desejam menstruar e, por isso, são administradas continuamente. O índice de Pearl é de 2,5 a 3,7, considerado elevado. São comercializadas no Brasil as seguintes substâncias: noretisterona, linestrenol, desogestrel e levonorgestrel. Não parece haver efei-

to adverso sobre perfil hemodinâmico, coagulação sanguínea, perfil lipídico, metabolismo hepático e glicose. A irregularidade menstrual (*spotting*) é a principal causa de descontinuação do método.

PÍLULAS DE EMERGÊNCIA

Reservadas para as intercorrências de um método eficaz de longa duração (pílula, injetáveis e preservativo). Seu uso rotineiro deve ser desestimulado, pois haverá alterações do ciclo com irregularidade menstrual e posterior descontrole do período fértil. Não protegem contra doenças infecciosas. São compostas apenas de progestógenos (levonorgestrel) e são administrados em dose única (1,5 mg) ou em duas tomadas com intervalo de 12 h (0,75 mg).

INJETÁVEIS MENSAIS

Especialmente indicados para adolescentes que têm problemas com o uso das pílulas, como esquecimento da ingestão diária, incapacidade intelectual em utilizar o método por conta própria e quando os pais não devem ter conhecimento do uso de métodos contraceptivos. Eficácia elevada com aplicação intramuscular (IM) profunda sem massagear o local (glúteo ou deltoide). A necessidade de injeção pode ser uma desvantagem nessa faixa etária. As principais indicações estão expostas na **Tabela 3**. Os principais compostos são: 50 mg de enantato de noretindrona + 5 mg de valerato de estradiol, 150 mg de acetofenido de algestona (diidroxiprogesterona) + 10 mg de enantato de estradiol, 25 mg de acetato de medroxiprogesterona + 5 mg de cipionato de estradiol.

Tabela 3
VANTAGENS DA INJEÇÃO MENSAL NAS ADOLESCENTES

Uso mensal, dispensando ingestão diária de comprimidos

Reações adversas gastrointestinais ao uso da pílula (náuseas e vômitos)

Síndrome da má-absorção ou gastrectomia

Facilidade de uso por ser discreta (uso mensal) e não-levantamento de suspeitas por parte dos pais

INJETÁVEIS TRIMESTRAIS

Assim como as minipílulas, contêm somente progesterógeno. São injeções IM de acetato de medroxiprogesterona, 150 mg, aplicadas a cada três meses. As principais vantagens estão expostas na **Tabela 4**.

Tabela 4
VANTAGENS DA INJEÇÃO TRIMESTRAL NAS ADOLESCENTES

Alta eficácia quando comparada com outros métodos hormonais

Espessamento do muco cervical, diminuindo a incidência de doença inflamatória pélvica

Amenorreia e aumento do nível de hemoglobina

Facilidade de uso por ser discreta (uso trimestral) e não-levantamento de suspeitas por parte dos pais

As principais desvantagens são aumento do peso corpóreo, que pode não ser tolerado nessa faixa etária, *spotting* menstrual, discreta alteração na glicemia e insulinemia (sem relevância clínica) e demora ao retorno dos ciclos ovulatórios, podendo postergar uma gravidez desejada. Há dúvidas sobre o uso desse método na adolescência, pois a inibição mais intensa do eixo hipotálamo-hipofisário seria responsável pela diminuição da densidade óssea e o hipoestrogenismo instalado afetaria o desenvolvimento puberal. Não se preconiza o injetável trimestral nos dois anos após a menarca, por não se conhecer o efeito sobre o eixo neuroendócrino a longo prazo. Há, no entanto, meninas com puberdade precoce que utilizam o método como tratamento e sem indícios de distúrbios na adolescência secundária ao uso do mesmo. Portanto o uso de acetato de medroxiprogesterona de depósito deve ser individualizado, levando-se em consideração os riscos e benefícios do método para a menina em questão^(1-3,9).

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

Revestidos de cobre ou levonorgestrel, os DIUs não são métodos de eleição nessa faixa etária. Lembramos que o de cobre pode associar-se a hipermenorreia, dismenorreia, expulsão e reações vagas à introdução. As taxas de descontinuidade são de 25% a 80% em um ano, sobretudo pelas alterações menstruais vigentes^(4,7).

Há risco aumentado de aquisição de doença in-

flamatória pélvica, talvez não pelo DIU, mas pelo comportamento sexual nessa faixa etária, não havendo, na maioria dos casos, parceiro único por longos períodos.

PRESERVATIVOS MASCULINO OU FEMININO

Devem ser encorajados nessa faixa etária, seja de forma isolada, seja em associação a outro método. São os únicos que previnem contra doenças infecciosas (menor proteção contra o HPV). No entanto necessitam de motivação do casal, interferem na dinâmica sexual, precisam de aquisição em farmácias (o que pode constriar a adolescente) e alguns casais reclamam da diminuição da sensibilidade genital. São métodos contraceptivos excelentes para adolescentes, sobretudo para aquelas com atividade sexual esporádica. Não há efeitos colaterais ou contra-indicações.

Os métodos comportamentais devem ser desencorajados nas adolescentes. A "tabelinha" (Ogino-Knaus) e o coito interrompido são os mais difundidos e as taxas de gravidez são altas. As alterações menstruais próprias da adolescência e a impossibilidade de restringir o coito para o período não fértil (relações sexuais ocorrem de forma não programada) são responsáveis pelas altas taxas de gravidez.

CONTRACEÇÃO HORMONAL INTRAVAGINAL, TRANSDÉRMICA OU SUBDÉRMICA

Métodos mais modernos, que dispensam a administração diária cujo uso depende do discernimento da adolescente e de sua prática em manipular o trato genital. A contraceção hormonal intravaginal é realizada com produto contendo 11 mg de etonogestrel + 2,7 mg de etinilestradiol. O anel é introduzido na cavidade vaginal, onde permanecerá por três semanas. Após esse período, o anel é retirado e reintroduzido outro depois de sete dias de pausa. Mecanismo de ação, efeitos adversos e contra-indicações são os mesmos das pílulas combinadas. A prescrição deve ser individualizada, identificando na consulta quais adolescentes têm condições de utilizar corretamente o método.

A contraceção hormonal transdérmica contém 0,6 mg de etinilestradiol + 6 mg de norelgestromina.

São três adesivos, devendo-se utilizar um a cada semana e fazer intervalo na última, quando ocorre o sangramento por privação hormonal. Pode ser utilizada pelas adolescentes se não houver a necessidade de esconder o uso dos familiares ou colegas. Nenhum dos adesivos deve ser posto nas mamas⁽¹⁴⁾.

O implante subdérmico contém 68 mg de etonogestrel com duração média de três anos com amenorreia. Não indicamos o uso a adolescentes por se tratar de método invasivo, sendo mais indicado a mulheres com dismenorreia grave, endometriose e não desejosas de menstruar. A necessidade de intervenção médica na inserção e retirada (anestésico local e incisão na pele) pode ser uma restrição às mulheres mais jovens.

DIAFRAGMA

Pelos mecanismos necessários ao uso ótimo do método, não deve ser prescrito às adolescentes,

com raras exceções. As regras a serem seguidas não serão respeitadas pela grande maioria das meninas, aumentando as taxas de gravidez.

CONCLUSÃO

A contracepção na adolescência reveste-se de grande importância, pois será capaz de diminuir as enormes taxas de gestação precoce no Brasil. São deveres do médico assistente respeitar a confidencialidade, promover a saúde com responsabilidade sexual, orientar sobre todos os métodos contraceptivos existentes, realçar a importância da prevenção de DSTs, estimular a adesão das adolescentes ao método, mostrando entusiasmo pela escolha, orientar quanto aos possíveis efeitos indesejáveis, mudar o método caso necessário e informar sobre a contracepção de emergência.

REFERÊNCIAS

1. ACOG Committee Opinion. Nº 337: Noncontraceptive use of the levonorgestrel intrauterine system. *Obstet Gynecol.* 2006; 107: 1479.
2. ACOG Committee Opinion. Nº 415: Depot medroxyprogesterone acetate and bone effects. *Obstet Gynecol.* 2008; 112(3): 727-30.
3. Bonny AE, Britto MT, Huang B, Succop P, Slap GB. Weight gain, adiposity, and eating behaviors among adolescent females on depot medroxyprogesterone acetate (DMPA). *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2004; 17(2): 109-15.
4. Cromer BA. Bone mineral density in adolescent and young adult women on injectable or oral contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2003; 15(5): 353-7.
5. Cromer BA, Scholes D, Berenson A, Cundy T, Clark MK, Kaunitz AM. Depot medroxyprogesterone acetate and bone mineral density in adolescents – the black box warning: a position paper of the society for adolescent medicine. *J Adolesc Health.* 2006; 39(2): 296-301.
6. D'Arcanges, C. Worldwide use of intrauterine devices for contraception. *Contraception.* 2007; 75: S2.
7. Edelman A, Gallo MF, Nichols MD, Jensen JT, Schulz KF, Grimes DA. Continuous versus cyclic use of combined oral contraceptives for contraception: systematic Cochrane review of randomized controlled trials. *Hum Reprod.* 2006; 21(3): 573-8.
8. Emans SJ, Grace E, Woods ER, et al. Adolescents' compliance with the use of oral contraceptives. *JAMA.* 1987; 257: 3377.
9. French R, Van Vliet H, Cowan F, et al. Hormonally impregnated intrauterine systems (IUSs) versus other forms of reversible contraceptives as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database Syst Ver.* 2004: CD001776.
10. Gallo MF, Lopez LM, Grimes DA, et al. Combination contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2008. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, Art. No. CD003987. DOI: 10.1002/14651858. CD003987.
11. Herman-Giddens ME, Slora EJ, Wasserman RC, et al. Secondary sexual characteristics and menses in young girls seen in office practice: a study from the pediatric research in office settings network. *Pediatrics.* 1997; 99: 505.
12. Lloyd T, Lin HM, Matthews AE, Bentley CM, Legro RS. Oral contraceptive use by teenage women does not affect body composition. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(2): 235-9.
13. Reubinoff BE, Grubstein A, Meirou D, et al. Effects of low-dose estrogen oral contraceptives on weight, body composition and fat distribution in young women. *Fertil Steril.* 1995; 63: 516.
14. Rieder J, Coupey SM. Contraceptive compliance: Personalizing an adolescent's plan for effective birth control. *The Female Patient (Suppl).* 2000; 12.
15. Sherwin BB. Randomized clinical trials of combined estrogen-androgen preparations: effects on sexual functioning. *Fertil Steril.* 2002; 77(Suppl 4): S49-54.