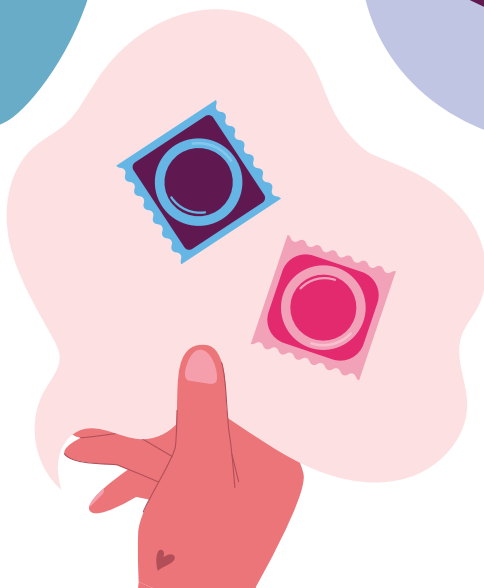
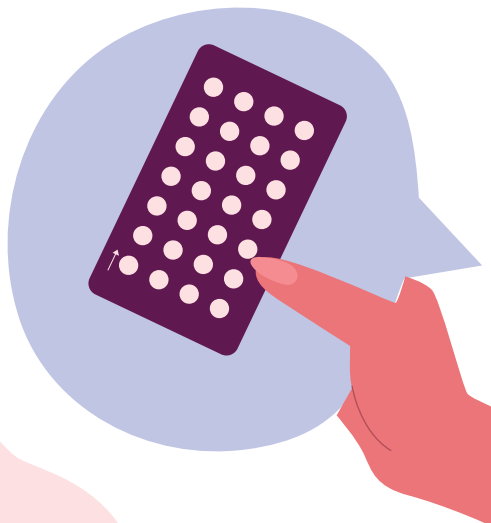
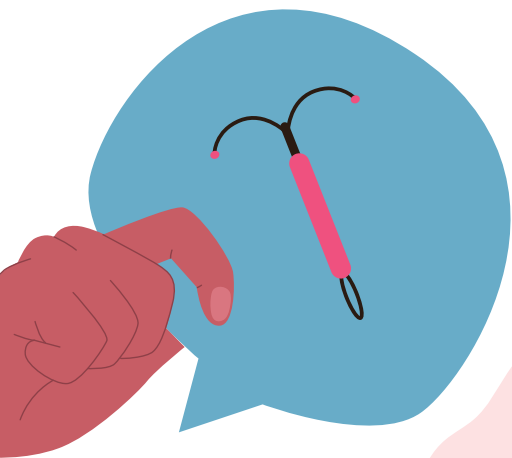


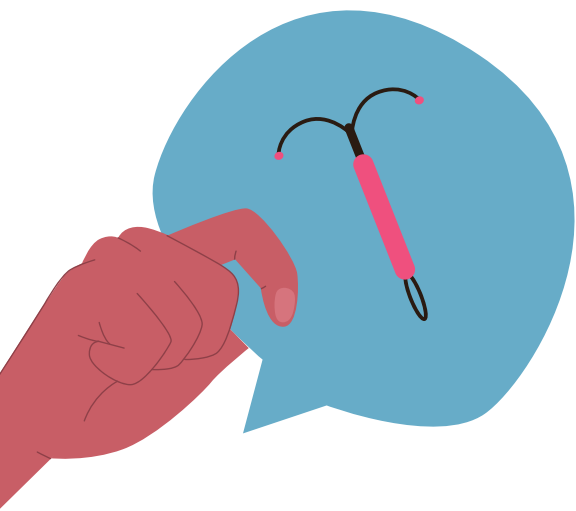
ADOLESCENTES E CONTRACEÇÃO



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO

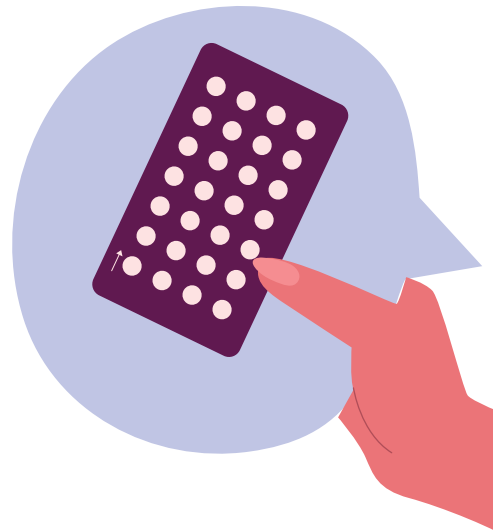
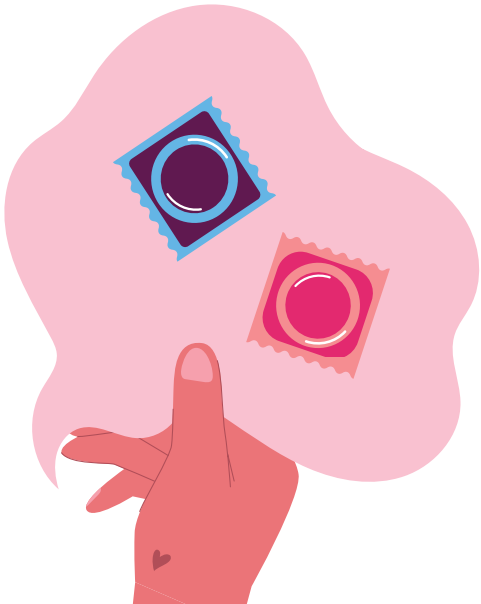


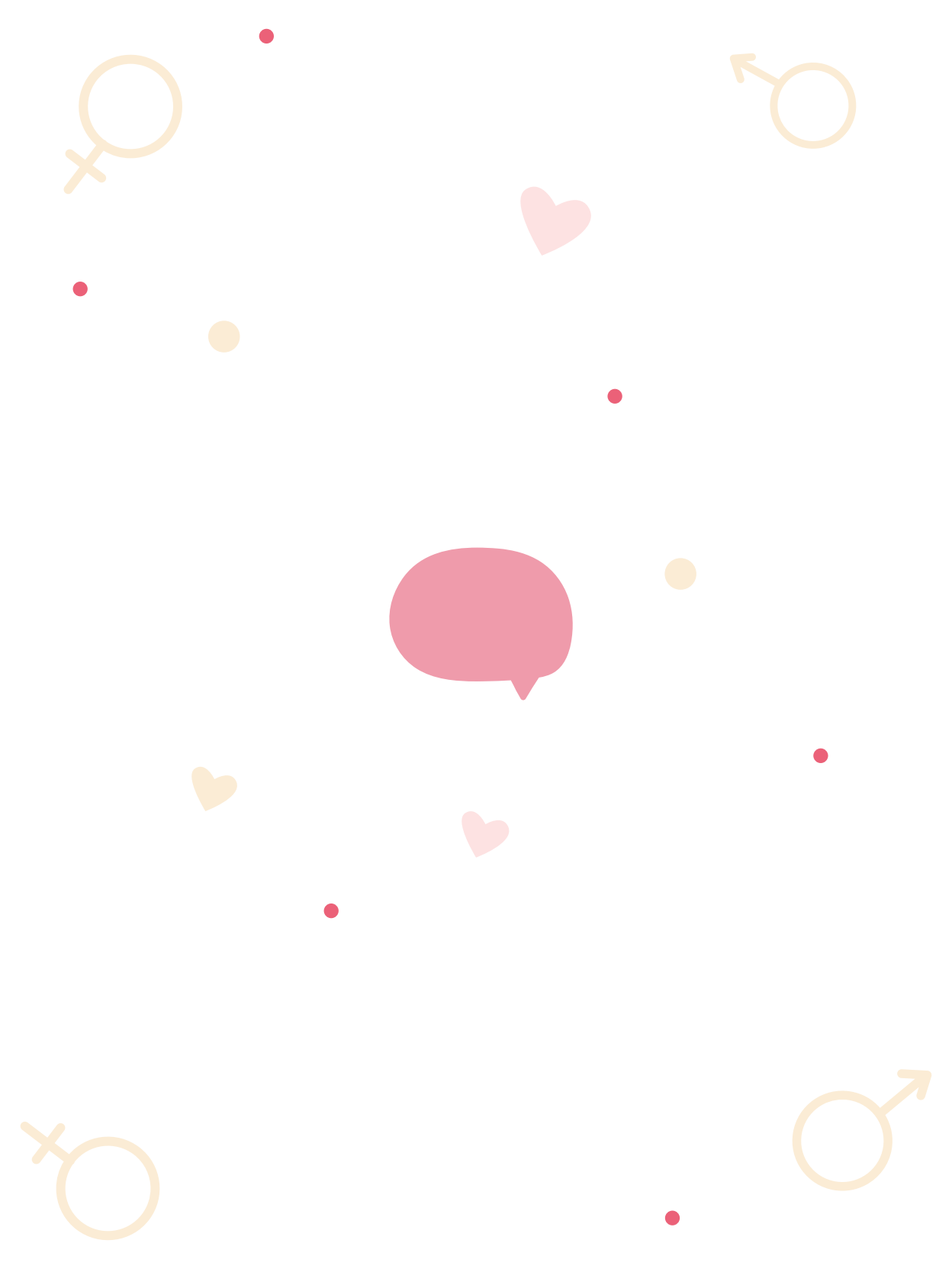
SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO





ADOLESCENTES E CONTRACEÇÃO







ÍNDICE

INTRODUÇÃO **07**

MÉTODOS CONTRACETIVOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL **11**

CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE
MÉTODOS CONTRACETIVOS NA ADOLESCÊNCIA **15**

CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA **21**

CONTRACEÇÃO COM PROGESTATIVOS: ORAL, INJETÁVEL
E IMPLANTE **31**

CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA: DISPOSITIVOS COM
LEVONORGÉSTREL E DISPOSITIVOS DE COBRE **47**

MÉTODOS NATURAIS **57**

CONTRACEÇÃO NO MASCULINO **63**

CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA **69**

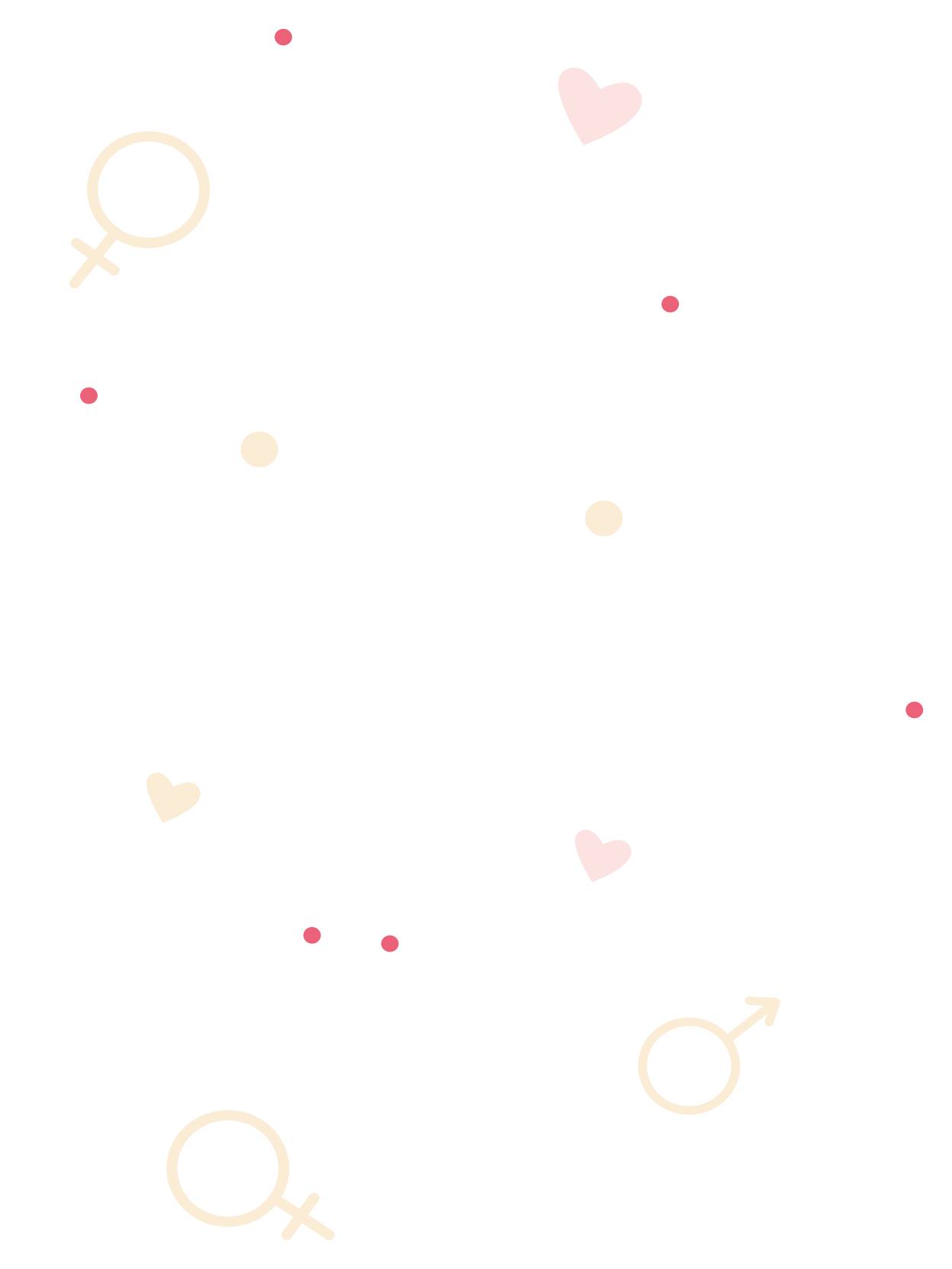
CONTRACEÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS **79**

- Contraceção em adolescentes portadoras de deficiência física **80**
- Contraceção em adolescentes com distúrbios alimentares **84**
- Contraceção em adolescentes com perturbação do desenvolvimento intelectual **89**
- Contraceção em pessoas transgénero, lésbicas e bissexuais **94**
- Contraceção em adolescentes com síndrome do ovário poliquístico **100**

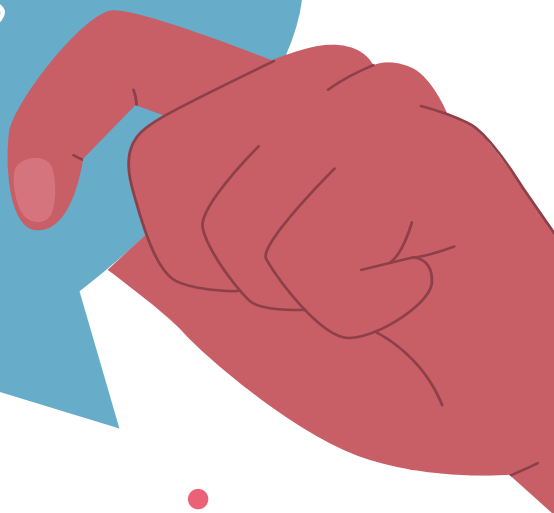
INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS COM A CONTRACEÇÃO
HORMONAL **105**

INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA **115**

LEGISLAÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
NA ADOLESCÊNCIA **123**



INTRODUÇÃO





INTRODUÇÃO

Teresa Bombas

Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetria. Unidade Local de Saúde de Coimbra.
Sociedade Portuguesa da Contraceção.

O acesso universal à informação e aos serviços de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade é fundamental para a concretização dos direitos humanos, incluindo os dos adolescentes.

A adolescência é o período da vida que engloba a transição da infância para a idade adulta. A OMS define adolescentes como pessoas com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos, embora reconheça que a idade é apenas uma característica que define este período crítico de rápido desenvolvimento humano. A maioria dos estudos e dados estatísticos em Portugal utilizam o termo “jovem” para incluir o grupo etário dos 15 aos 24 anos.¹


As primeiras experiências com relacionamentos românticos e sexuais normalmente ocorrem durante a adolescência. Embora as experiências românticas e sexuais possam contribuir positivamente para o bem-estar dos jovens, também implicam riscos, como gravidezes não desejadas, infeções sexualmente transmissíveis e práticas coercivas.²

Incentivar os jovens à prática de sexo seguro e respeitoso representa um importante desafio de saúde pública que tem tido diferentes graus de sucesso em todo o mundo.³

A iniciação sexual é parte integrante da transição dos adolescentes para a idade adulta. O momento e o contexto da primeira relação sexual podem ter impacto na sua saúde e bem-estar a curto e a longo prazo.⁴

Em 2023, os jovens entre os 10 e os 19 anos correspondiam a 9,6% do total da população residente em Portugal.⁵ A Taxa de Fecundidade na adolescência tem descido progressivamente, mas sofreu um acréscimo em 2023, passando de 6,17 para 6,38 nados-vivos por mil mulheres dos 15 aos 19 anos.⁶ O último estudo realizado em Portugal sobre as práticas contraceptivas revelou que 95% dos jovens até aos 19 anos eram utilizadores de um método de contraceção.⁷

A percentagem de abortos (interrupção voluntária da gravidez por opção da mulher), no grupo etário abaixo dos 20 anos, apresentou uma tendência decrescente.⁸



Considerando a progressão da taxa de fecundidade e de interrupção de gravidez podemos deduzir que a prevalência de uso de contraceção se mantenha pelo menos dentro do valor encontrado em 2015.

Portugal é atualmente o 4º País da Europa com uma legislação e política governamental que garante acessibilidade, disponibilidade de métodos de contraceção e qualidade da informação online oficial sobre contraceção.⁹

Estas recomendações contribuem para garantir que as adolescentes possam ter acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de alta qualidade, que respondam às suas opções contraceptivas de forma segura, que contribuam para escolhas informadas e para a melhoria global da sua saúde.

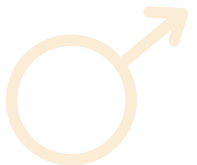
Bibliografia

1. **Guidance for countries to assess adolescent health and well-being.** Geneva: World Health Organization; 2025. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IG
2. **Golden RL, Furman W, Collibee C.** The risks and rewards of sexual debut. *Dev Psychol.* 2016;52(11):1913–25. doi:10.1037/dev0000206
3. **Sixty-sixth Regional Committee for Europe: Copenhagen,** 12–15 September 2016: resolution: action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (<https://iris.who.int/handle/10665/338257>).
4. **Magnusson C, Trost K.** Girls experiencing sexual intercourse early: could it play a part in reproductive health in middle adulthood? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2006;27:237–44. doi:10.1080/01674820600869006
5. **Distribuição da população residente (%) por Grupo etário;** INE 2023.
6. **Estatísticas Demográficas – 2023.** INE, novembro de 2024
7. **Avaliação das Práticas Contraceptivas das mulheres em Portugal.** Fernanda Águas, Teresa Bombas, Daniel Pereira da Silva. Sociedade Portuguesa de Ginecologia. Sociedade Portuguesa da Contraceção. *Acta Obstet Ginecol Port* 2016;10(3):184-192
8. **Relatório de Análise dos Registos das Interrupções da Gravidez 2023.** Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2024.
9. **Contraception Policy Atlas Europe 2025.** <https://www.epfweb.org/node/1122>



A red hand is pointing towards a blue speech bubble. The speech bubble contains the text 'MÉTODOS CONTRACETIVOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL'. The background is white with various decorative elements: a pink heart in the top left, a yellow male symbol in the bottom left, a yellow female symbol in the bottom right, and several small red dots scattered around.

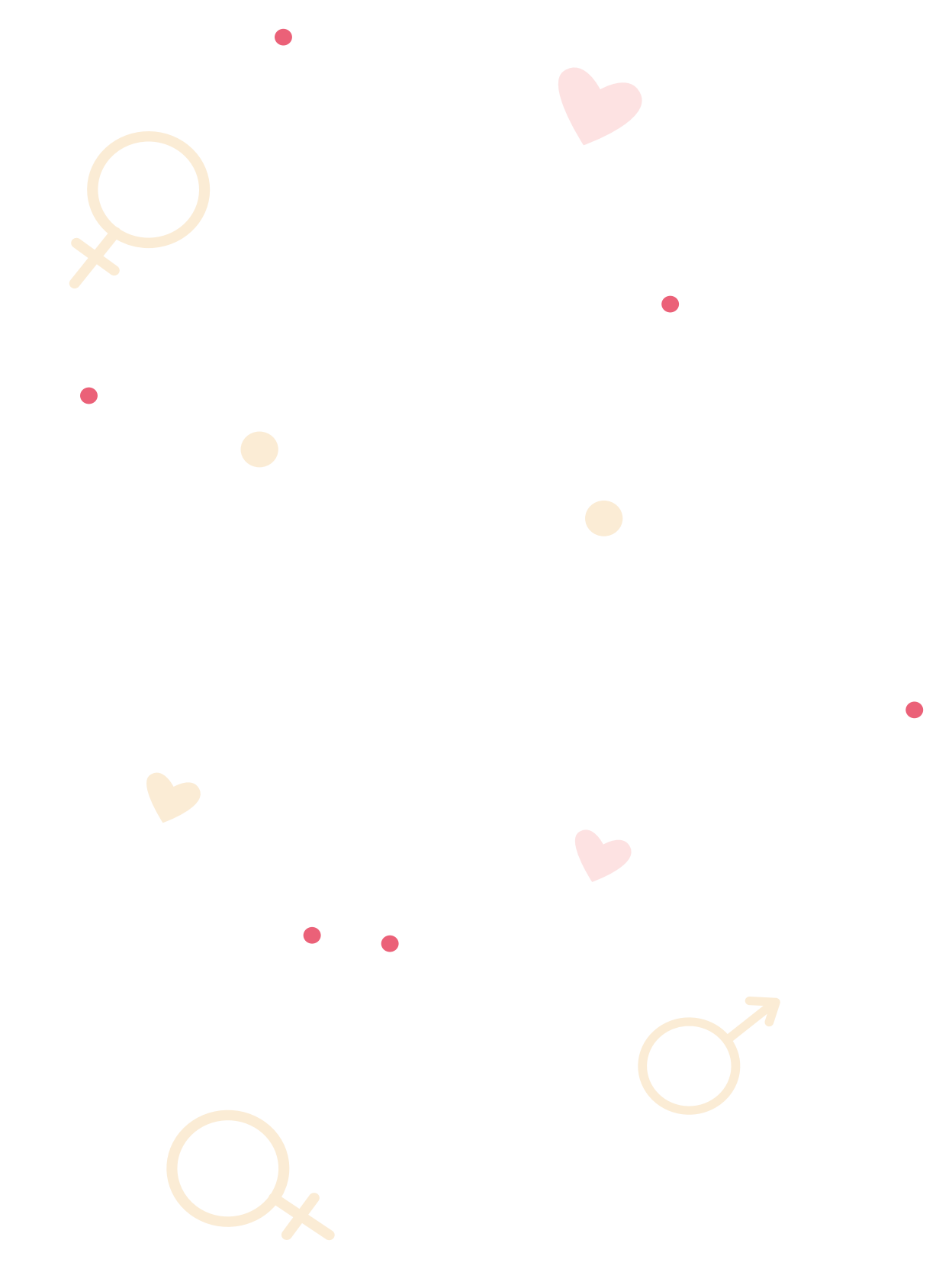
MÉTODOS
CONTRACETIVOS
DISPONÍVEIS EM
PORTUGAL






MÉTODOS CONTRACETIVOS DISPONÍVEIS EM PORTUGAL

MÉTODOS CONTRACETIVOS	TIPOS
Naturais	Calendário Coito interrompido Muco cervical Temperatura basal
Barreira	Preservativo masculino e feminino
Hormonal	Combinada (CHC): <ul style="list-style-type: none">- oral (COC)- anel vaginal- transdérmico Progestativo (CP): <ul style="list-style-type: none">- oral (PO)- injetável- implante- DIU com levonorgestrel
Não Hormonal	Dispositivo intrauterino (DIU) de cobre
Emergência	Emergência Hormonal: oral Não Hormonal: Dispositivo intrauterino de cobre
Cirúrgicos	Laqueação tubária / Vasectomia



The image features a stylized illustration of a hand with pink skin and yellow nail polish, pointing towards a large, dark pink speech bubble. The speech bubble contains the text 'CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE DE MÉTODOS CONTRACETIVOS NA ADOLESCÊNCIA' in white, uppercase, sans-serif font. The background is white and decorated with various icons: a pink heart in the top left, a yellow heart in the top right, a yellow male symbol (♂) in the top right, a yellow female symbol (♀) in the bottom right, a yellow male symbol (♂) in the bottom left, and several small red dots scattered throughout.

CRITÉRIOS
DE ELEGIBILIDADE
MÉTODOS CONTRACETIVOS
NA ADOLESCÊNCIA

CRITÉRIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE MÉTODOS CONTRACETIVOS

Fátima Palma

Assistente Graduada Ginecologia e Obstetrícia ULS S. José, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

Os critérios de elegibilidade (quadro 1) de um método contraceptivo são definidos pelo conjunto de características apresentadas pela pessoa ao uso de um determinado método, e que indicam se aquela pessoa pode ou não utilizá-lo.

Quadro 1: critérios médicos de elegibilidade dos métodos contraceptivos.

	CATEGORIA	DECISÃO CLÍNICA ESPECÍFICA	DECISÃO CLÍNICA GLOBAL
1	Não existem restrições ao uso do método	Método a usar em todas as circunstâncias	Sim
2	As vantagens do uso do método superam os riscos provados ou teóricos	Método geralmente a ser usado	Sim
3	O risco provado ou teórico de uso do método supera as vantagens	O uso do método não é recomendado a menos que outro não esteja disponível ou não seja aceite	Não
4	O risco do método representa um risco inaceitável para a saúde	Método a não usar	Não

Quadro 2: critérios médicos de elegibilidade dos métodos contraceptivos usados na adolescência.

Idade (menarca)	COC, adesivo e anel	PO	Implante	Injetável	DIU-LNG	DIU-Cu
	1	1	1	<18 anos - 2	<20 anos - 2	<20 anos - 2



A idade por si só não constitui limitação ou contraindicação à utilização de qualquer método contraceutivo.

A decisão, após aconselhamento contraceutivo deve respeitar a presença de comorbilidades (aplicar os critérios de elegibilidade para as diferentes patologias/situações clínicas). A escolha do método deve respeitar o princípio da autonomia e liberdade de opção da adolescente.



EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO E/OU CLÍNICOS ANTES DE INICIAR CONTRACEÇÃO

Na sua maioria as adolescentes são saudáveis e não necessitam de exames complementares de diagnóstico para iniciar um método contraceutivo mesmo que seja hormonal.

No entanto, deve ser feita uma anamnese completa para identificação de condições ou fatores de risco que possam constituir uma limitação ou contraindicação ao uso de determinado método contraceutivo.

Estas condições e fatores de risco são idênticos para todas as faixas etárias, não havendo nenhuma particularidade distinta para as adolescentes.

Para mais informações sobre Critérios de Elegibilidade por situação clínica consultar Consenso sobre contraceção 2020.⁷

Na abordagem inicial recomenda-se a avaliação da pressão arterial (TA) e do índice de massa corporal (IMC) antes de iniciar contraceção hormonal (Quadro 3).

A palpação mamária, o rastreio do cancro do colo e exames de sangue não estão recomendados, por não contribuírem para aumentar a segurança do uso de CH.

O exame ginecológico é necessário para colocar um dispositivo intrauterino (contraceção intrauterina).

Quadro 3: Exames para iniciar um método contraceutivo

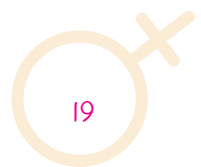
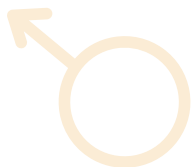
EXAME/TESTE	CHC	PO	PROGESTATIVO	IMPLANTE	DIU/SIU
Avaliação TA	B	B	B	B	C
Palpação mama	C	C	C	C	C
Exame ginecológico	C	C	C	C	A
Rastreio cancro colo	C	C	C	C	C
Análises rotina	C	C	C	C	C

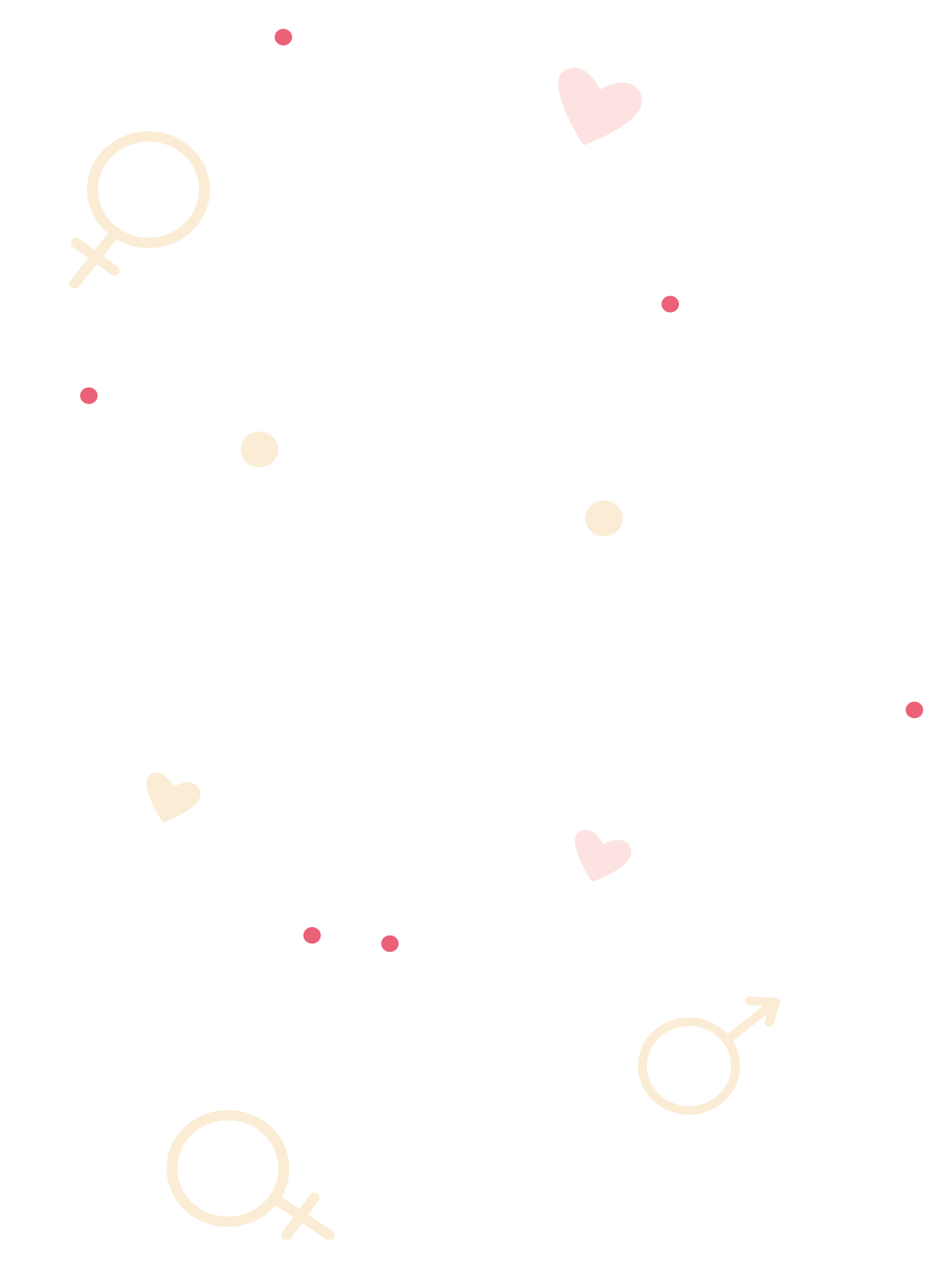
Adaptado dos consensos de contraceção 2020

CLASSE A: Essencial e imprescindível em todas as circunstâncias para o uso seguro de um método contraceutivo.

CLASSE B: Contribui significativamente para o uso seguro do método contraceutivo, mas a sua implementação depende das condições.

CLASSE C: Não contribui significativamente para o uso seguro e efetivo do método contraceutivo.





An illustration featuring a red hand pointing towards a blue speech bubble. The speech bubble contains the text 'CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA'. The background is white and decorated with various symbols: a pink heart in the top left, a yellow heart in the top right, a yellow male symbol in the top right, a yellow female symbol in the bottom right, a yellow male symbol in the bottom left, and several small red dots scattered throughout.

CONTRACEÇÃO
HORMONAL
COMBINADA



CONTRACEÇÃO HORMONAL COMBINADA

Vera Silva¹ e Fátima Palma²

1. Médica de Medicina Geral e Familiar ULS Loures Odivelas, Sociedade Portuguesa da Contraceção.
2. Assistente Graduada Ginecologia e Obstetrícia ULS S. José, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

· ESTROGÉNIOS

Etinilestradiol (EE) é um estrogénio sintético de elevada potência sob o ponto de vista biológico, e que faz parte da composição da maioria dos contraceptivos hormonais combinados (CHC) disponíveis em Portugal.

A dose de EE é um fator importante, pois está relacionada com os riscos e efeitos adversos. Ao longo dos anos tem-se assistido a uma redução progressiva da dose de EE, variando as dosagens atualmente comercializadas entre 15 e 35 µg.

O valerato de estradiol, o estradiol e o estetrol (também denominados de estrogénios naturais por serem semelhantes ao estrogénio humano) parecem ter menos efeitos metabólicos e um perfil de segurança superior ao do EE, sendo no entanto necessários mais estudos a nível populacional que confirmem estes resultados (Quadro 1).¹

Quadro 1: Formulações com estrogénio natural comercializadas em Portugal.

Tipo de estrogénio	Tipo de progestativo
Estradiol 1,5 mg	Acetato de nomegestrol 2,5 mg
Valerato de estradiol em dose variável (1,2 e 3 mg)	Dienogeste, dose variável entre 2 e 3 mg
Estetrol 14,2 mg	Drospirenona 3 mg

· PROGESTATIVOS

Atualmente em Portugal, os progestativos usados em contraceção são derivados da 19-nortestosterona, da 17 OH-progesterona e da espironolactona.

Os progestativos podem ser classificados em "gerações" de acordo com a data de entrada no mercado.

Esta classificação não tem base científica e não é estandardizada e pode diferir entre instituições e publicações científicas.

Os progestativos têm diferentes ações consoante os recetores onde atuam preferencialmente (quadro2).^{2,3,4,5}

QUADRO 2: Progestativos usados em contraceção hormonal combinada (CHC).

Derivados da 19 - nortestosterona	Derivados da 17 OH - progesterona	Derivados da espironolactona
Levonorgestrel	Acetato de ciproterona	Drospirenona
Norgestimato	Acetato de clormadinona	
Gestodeno	Acetato de nomegestrol	
Desogestrel		
Dienogeste		

(Norelgestromina é o metabolito ativo do norgestimato; etonogestrel é o metabolito ativo do desogestrel).

QUADRO 3: Efeitos dos progestativos nos recetores hormonais.

PROGESTATIVO	ESTROGÉNIOS	ANDROGÉNIOS	ANTIANDROGÉNIOS	ANTIMINERALO-CORTICÓIDES
Levonorgestrel	-	+	-	-
Gestodeno	-	+	-	+
Desogestrel	-	+	-	-
Acetato Ciproterona	-	-	+++	-
Acetato Clormadinona	-	-	+	-
Acetato Nomegestrol	-	-	+	-
Dienogeste	-	-	++	-
Drospirenona	-	-	+	+

+ efeito; (+) não clinicamente significativo; - nenhum efeito

Existem diversas vias de administração e regimes da CHC. Estão disponíveis a via oral, transdérmica e vaginal, sendo a oral a mais utilizada. A eficácia e os riscos não são modificados pela via de administração.

Na via transdérmica são atingidos níveis séricos mais elevados e estáveis de EE correspondendo a 1,6 vezes superior a uma pílula de 30 µg. Na via vaginal são obtidos níveis mais reduzidos e estáveis de EE (equivalente a 20 µg diários).^{8,9}

Segundo o esquema de associação das duas hormonas, os CHCs denominam-se: monofásicos, bifásicos, trifásicos e quadrifásicos.

Várias revisões sistemáticas concluíram que os regimes de administração multifásicos não aumentam a eficácia contraceptiva nem mostraram vantagens comparativamente com os regimes monofásicos.¹⁰

Os regimes multifásicos obrigam a respeitar a ordem na toma dos comprimidos e não é possível a sua utilização em regime contínuo.

VANTAGENS E DESVANTAGENS CHC

QUADRO 4

	PÍLULA	ADESIVO	ANEL VAGINAL
Composição (estrogénio e progesterona)	Variável na dose e composição	33,9 µg de EE + 203 µg de norelgestromina (NGMN)	15 µg de EE + 120 µg de etonorgestrel
Mecanismo de ação	Inibição da ovulação		
Eficácia	99,7% (uso correto)		
	Pode ser afetada por alguns fármacos		
	Em caso de distúrbios gastrointestinais (ex; diarreia grave ou vômitos nas 3-4h após toma):		
	Pode estar comprometida	Não é comprometida	Não é comprometida
Uso	Diário	Semanal	Mensal
Vantagens e Benefícios não contraceptivos	<ul style="list-style-type: none"> • Fácil aquisição • Controle do ciclo • Melhoria da dismenorreia • Diminuição do volume das perdas menstruais • Melhoria da acne <p>Os benefícios contraceptivos são comuns aos contraceptivos hormonais combinados, independentes da forma de administração e dependentes da dose e tipo de estroprogestativo usado.</p>		

Em caso de esquecimento

1 comprimido: tomar logo que possível o comprimido esquecido

2 ou mais comprimidos na 1.^a ou 2.^a semana:

usar contraceção adicional nos 7 dias seguintes, se relação sexual desprotegida usar contraceção de emergência

2 comprimidos na 3.^a semana: terminar a embalagem e iniciar de imediato outra e usar contraceção adicional nos 1.^{os} 7 dias

Falha de pílula c/ valerato de estradiol ou estradiol: ver recomendações específicas no folheto informativo do medicamento

Falha na 1.^a semana: aplicar o adesivo logo que se lembre, contraceção adicional nos 7 dias seguintes, alterar o dia da substituição

Falha na 2.^a ou 3.^a semana: se o atraso for inferior a 48h aplicar novo adesivo, sem necessidade de contraceção adicional, se o atraso for superior a 48h iniciar novo ciclo, contraceção adicional nos 1.^{os} 7 dias, se relação sexual sem proteção usar contraceção de emergência

Se esquecer de remover o último adesivo: removê-lo logo que se lembre e iniciar o ciclo seguinte no dia previsto

Se o anel estiver fora da vagina menos de 3 horas, lavar em água tépida e voltar a inserir. Caso sejam ultrapassadas as 3h, utilizar um novo anel

Se o anel permanecer na vagina mais de 3 semanas, mas menos de 4 semanas, deve ser substituído e proceder-se à pausa normal de 7 dias

Se o anel permanecer mais de 4 semanas, perderá o efeito contracetivo. Se houver relação sexual desprotegida usar contraceção de emergência. Inserir novo anel e usar contraceção adicional nos 1.^{os} 7 dias

Indicações para contraceção de emergência

Esquecimento ≥ 3 dias na toma da contraceção oral, na colocação do adesivo ou do anel vaginal.

Relação sexual não protegida (RSNP) no início da utilização do contracetivo e antes da sua utilização por 7 dias consecutivos (para início fora do 1.^o dia do ciclo).

RSNP durante e até 28 dias após suspensão de medicamentos indutores enzimáticos.



MENSAGENS IMPORTANTES SOBRE A CHC

- É um dos métodos preferidos pelas adolescentes e apesar de ser um método de curta duração e que depende da vontade da utilizadora pode ser importante na escolha da adolescente dados os benefícios não contraceptivos.

- O uso de contraceção hormonal combinada (CHC) com etinilestradiol em adolescentes com **IMC \geq 35 kg/m²** deve ser considerado apenas se outros métodos não estiverem disponíveis ou não forem aceites, devido ao aumento do risco de tromboembolismo venoso (TEV).

- Respeitar os critérios de elegibilidade.

• PROTEÇÃO CONTRA AS INFECÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL (IST)

A CHC não previne infeções sexualmente transmissíveis.
Deve ser recomendado o uso concomitante de preservativo.

• INÍCIO IMEDIATO DA CONTRACEÇÃO

Em qualquer dia do ciclo: A eficácia contraceptiva é obtida após 7 dias de uso; pelo que deve ser associado o preservativo para proteção contra gravidez durante os primeiros 7 dias de utilização.

No 1º dia da menstruação: A eficácia é imediata.

• INDIVIDUALIZAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

A escolha da dose de estrogénios (EE) deve ser adaptada ao biótipo da adolescente para proteger o metabolismo ósseo. Não existem dados suficientes sobre estrogénios naturais e densidade mineral óssea (DMO), mas os trabalhos existentes não têm mostrado diminuição da DMO com os estrogénios naturais.

Se necessário, a seleção do tipo de progestativo e da dose de estrogénios deve buscar benefícios não contraceptivos que melhorem a qualidade de vida e promovam a adesão ao método.



· ESQUECIMENTO E CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

É fundamental orientar e ensinar sobre o que fazer em caso de esquecimento do método e quando recorrer ao uso de contraceção de emergência.



MITOS RELACIONADOS COM CHC NA ADOLESCÊNCIA

A abordagem dos mitos em torno da CHC é essencial para que as adolescentes possam tomar decisões mais esclarecidas e seguras sobre a sua saúde reprodutiva.

Deste modo, é fundamental perguntar e esclarecer as suas dúvidas, promovendo a adesão a um método seguro e que se adequa às suas necessidades. Seguem-se alguns mitos prevalentes e que importa abordar, fornecendo informações baseadas em evidência científica.

Mito: "O Uso de CHC pode afetar a fertilidade futura"

- Quando a CHC é descontinuada, a fertilidade é restaurada rapidamente e retorna rapidamente à sua função basal. A CHC não causa danos nos ovários ou no sistema reprodutivo.

Mito: "A Contraceção Hormonal Combinada causa aumento o peso"

- Ensaios controlados por placebo não demonstraram uma associação entre o uso de CHC e o aumento de peso.
- Embora algumas mulheres relatem uma variação de peso, a evidência científica não corrobora um ganho significativo e sistemático associado ao uso de CHC. Mudanças de peso podem estar mais relacionadas com fatores de estilo de vida e dieta.

Mito: "O adesivo e o anel vaginal são menos seguros que a pílula"

- Todos os métodos combinados possuem eficácia comparável quando usados corretamente. A escolha entre eles deve ser baseada de acordo com as necessidades identificadas pela adolescente para garantir o seu uso correto.



Mito: É necessário realizar um exame pélvico antes de iniciar a CHC

- O exame pélvico não é necessário antes de iniciar um método com CHC.

Mito: É importante “fazer uma pausa” na CHC a cada poucos meses/anos

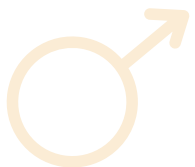
- Não é necessário fazer nenhuma interrupção na CHC. A menos que surjam condições médicas que contraindiquem o seu uso, a CHC pode ser continuada até que se deseje engravidar ou se opte por mudar para outro método contraceptivo.

Mito: A pílula provoca o cancro

- A pílula reduz o risco de cancro do ovário, do endométrio e do intestino. São controversos os estudos que associam a pílula ao aumento de risco de cancro da mama e do colo do útero.

Bibliografia

1. Pinto, P *et al.* What is new about contraception? Best Articles from 2024. Acta Obstet Ginecol Port 2024;18(4):274-277.
2. Schindler, A. E. *et al.* Classification and pharmacology of progestins. Maturitas 61, 171–80.
3. Sitruk-Ware, R. Pharmacological profile of progestins. Maturitas 61, 151–7 (2008).
4. Sitruk-Ware, R. & Nath, A. The use of newer progestins for contraception.
5. Raudrant, D. & Rabe, T. Progestogens with antiandrogenic properties. Drugs 63, 463–92 (2003).
6. Centers for Disease Control and Prevention MMWR, August 8, 2024, Vol73, N°4.
7. SPDC: Consensos de Contraceção, 2020. https://www.spdc.pt/images/SPDC_Consensos_2020_novo_21julho2021_digital_book_website.pdf
8. Kaptein, M. C. J. Comparison of ethinylestradiol pharmacokinetics in three hormonal contraceptive formulations: the vaginal ring, the transdermal patch and an oral contraceptive. Contraception 72, 168–74 (2005).
9. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine. Hormonal contraception: recent advances and controversies. Fertility and sterility 90, S103-13 (2008).
10. Van Vliet, H. A., Grimes, D. A., Lopez, L. M., Schulz, K. F. & Helmerhorst, F. M. Triphasic versus monophasic oral contraceptives for contraception. Cochrane Database of Systematic Reviews 3–5 (2011). doi:10.1002/14651858.CD003553.pub3.



A stylized illustration featuring a red hand with pink nail polish pointing towards a large, light pink speech bubble. The speech bubble contains text in a pink, handwritten font. The background is white and decorated with various icons: a yellow male symbol (♂) in the top right, a yellow female symbol (♀) in the bottom right, a yellow male symbol (♂) in the bottom left, and several small hearts in shades of pink and yellow. There are also small red dots scattered throughout the composition.

CONTRACEÇÃO
COM PROGESTATIVOS:
ORAL, INJETÁVEL
E IMPLANTE



CONTRACEÇÃO COM PROGESTATIVO ORAL

Filomena Sousa

Assistente Graduada Ginecologia e Obstetrícia ULS S. José.
Sociedade Portuguesa da Contraceção.

A pílula só com progestativo deve ser uma opção para as adolescentes que não desejam ou não possam, por condição ou situação médica, utilizar contraceção combinada. O seu uso é seguro sobretudo relativamente ao metabolismo ósseo.

· CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

São elegíveis para uso de pílula só com Progestativo:

Adolescentes com contraindicação para uso de estrogénios:

- História pessoal de fenómeno tromboembólico.
- Trombofilia diagnosticada.
- História familiar sugestiva de trombofilia (eventos tromboembólicos antes dos 50 anos, em familiares diretos).
- Imobilização dos membros inferiores por cirurgia major, traumatismo ou doença neurológica.
- Lúpus eritematoso sistémico (LES) com anticorpos antifosfolipídicos (AFL) positivos ou desconhecidos.
- Enxaqueca com aura.
- Doença hepática grave compensada.
- Puerpério ou até 6 meses pós-parto, se estiver a amamentar.
- IMC >35

Adolescentes com intolerância aos estrogénios.

Adolescentes que possam assumir a toma diária da pílula, sem esquecimentos.

QUADRO 1: Métodos contraceptivos hormonais com progestativo isolado (oral, implante e injetável).

	PÍLULA SÓ COM PROGESTATIVO	IMPLANTE	INJETÁVEL
Eficácia	99,7% (uso correto)	99,9% (uso correto)	99,7% (uso correto)
Composição	Desogestrel Drospirenona	Etonogestrel	Acetato de medroxiprogesterona
Considerações	Primeira linha em adolescentes com contraindicação ou intolerância ao uso de estrogénios	Primeira linha em adolescentes com contraindicação ao uso de estrogénios e que pretendam um método de longa duração	Método apenas para uso transitório em adolescentes Ponderar o seu uso em adolescentes com epilepsia ou drepanocitose
Mecanismo de ação	Inibição da ovulação Espessamento do muco cervical Atrofia endometrial	Inibição da ovulação Espessamento do muco cervical Atrofia endometrial	Inibição da ovulação Espessamento do muco cervical Atrofia endometrial
Vantagens	Amenorreia ou hemorragia infrequente	Contraceção de longa duração (5 anos) Amenorreia ou hemorragia infrequente Eficácia não alterada por perturbações gastrointestinais	Uso trimestral Amenorreia ou hemorragia infrequente

<p>Desvantagens</p>	<p>Toma diária</p> <p>A eficácia pode ser afetada por alterações gastrointestinais e alguns fármacos</p> <p>Hemorragia uterina irregular e imprevisível</p>	<p>A eficácia pode ser afetada por alguns fármacos</p> <p>Hemorragia uterina irregular e imprevisível</p>	<p>Hemorragia uterina irregular e imprevisível</p> <p>Risco de alteração do metabolismo ósseo e de meningioma quando usado por períodos prolongados (vários anos)</p>
<p>Benefícios não contraceptivos</p>	<p>Melhoria da dismenorreia</p> <p>Diminuição do volume das perdas menstruais</p>		

· MENSAGENS IMPORTANTES (PROGESTATIVO ORAL)

1. O uso de um progestativo isolado deve ser considerado em adolescentes com contraindicação ou intolerância ao uso de estrogénios.
2. Existem duas formulações (desogestrel e drospirenona), ambas de toma contínua.
3. Elegíveis em adolescentes a amamentar.
4. A eficácia depende da utilizadora, pelo que não deve ser considerado de 1ª linha quando a toma regular é pouco provável.
5. O padrão de hemorragia é imprevisível, com vantagem para as pílulas com drospirenona.
6. A eficácia pode ser afetada por alterações gastrointestinais e fármacos indutores enzimáticos.
7. Promover o início imediato da contraceção (no próprio dia da consulta):
 - Ao iniciar em qualquer dia do ciclo, são necessários 2 dias para obter uma eficácia contraceptiva pelo que, para proteção da gravidez, deve ser recomendado o uso de preservativo.
 - Ao iniciar no 1º dia da menstruação a eficácia contraceptiva é imediata.
8. É fundamental efetuar ensino sobre contraceção de emergência.
9. Não previnem das IST: deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.



· ASPETOS PRÁTICOS:

1. Se a adolescente vomitar nas 2h após a toma da pílula, deve tomar outro comprimido.
2. Em caso de esquecimento da pílula só com progestativo, deve tomar logo que possível o comprimido esquecido. Se esquecimento superior ou igual a 2 comprimidos deve recomeçar a toma da pílula e usar preservativo durante 2 dias.
3. Se RSNP após 36h sem tomar a pílula, deve fazer CE.

Mitos: O padrão menstrual com a pílula só com progestativo é preditivo do padrão menstrual com Implante subcutâneo.

- Está desaconselhado adiar a colocação de Implante contraceptivo e tomar temporariamente uma pílula só com progestativo, como forma de avaliar o padrão menstrual.



CONTRACEÇÃO COM PROGESTATIVO INJETÁVEL

Filomena Sousa

Assistente Graduada Ginecologia e Obstetrícia ULS S. José, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

A Injeção de acetato de medroxiprogesterona (DMPA) deve ser ponderada e é uma opção segura por curtos períodos, quando não é possível a colocação imediata de outro método reversível de longa duração.¹

Está associado a benefícios não contraceptivos acrescidos nas adolescentes com Epilepsia, por reduzir o número de convulsões e ter menos interações medicamentosas e nas adolescentes com Drepanocitose, por reduzir as crises dolorosas vaso-oclusivas.^{2,3}

Reduz os níveis de estrogénios e de HDL, aumentando o risco de osteoporose e de fenómenos tromboembólicos em situações particulares, raras na adolescência.⁴



• CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Idênticos aos dos outros contraceptivos só com progestativo mas com algum cuidado nos casos de risco tromboembólico ou de osteoporose acrescido.

De acordo com os critérios de elegibilidade do CDC em 2024, o DMPA é cat.3 em algumas situações em que os outros progestativos são Cat.1 ou 2:⁵

- Risco CV aumentado.
- Mutação Factor *V Leiden*.
- Risco de osteoporose aumentado por terapêutica concomitante com corticóides.
- Doença hepática descompensada ou adenoma hepato-celular.
- Insuficiência Renal Crónica por risco aumentado de trombose.

• MENSAGENS IMPORTANTES

1. O uso de um progestativo isolado deve ser considerado em adolescentes com contraindicação ou intolerância ao uso de estrogénios.
2. A injeção de acetato de medroxiprogesterona pode ser utilizada por períodos transitórios, nomeadamente nas adolescentes com epilepsia ou drepanocitose.
3. O uso prolongado está associado a diminuição da densidade mineral óssea (DMO), que é reversível após a suspensão do método.^{6,7}
4. É o único método contraceptivo que está associado a ligeiro aumento de peso e a atraso no retorno à fertilidade.^{8,9}
5. Embora a supressão da ovulação possa persistir raramente por até 18 meses após a última injeção, o DMPA não afeta permanentemente a fertilidade.
6. A utilização de acetato de medroxiprogesterona tem sido associada ao desenvolvimento de meningioma, um tumor geralmente benigno. O risco aumenta especialmente quando é utilizado por um período prolongado (vários anos).¹⁰
7. Não previne das IST: deve ser aconselhado o uso simultâneo do preservativo.

· ASPETOS PRÁTICOS

Deve ser administrada por via intramuscular, de 12 em 12 semanas, na nádega ou no braço.¹¹

Mito: A injeção de acetato de medroxiprogesterona é mais fraca e tem menos efeitos secundários que o Implante subcutâneo.

- A dose hormonal do DMPA é mais alta e tem mais efeitos a nível ósseo, cardiovascular, ponderal e do retorno à fertilidade.

Bibliografia

1. **Depot Medroxyprogesterone Acetate as an Injectable Contraceptive for Adolescents** Janette Rodrigues Campos, Victor Hugo de Melo, 2001 <https://doi.org/10.1590/S0100-72032001000300008>.
2. **Steroid hormones for contraception in women with sickle cell disease.** Manchikanti A, Grimes DA, Lopez LM, Schulz KF. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; 2: CD006261.
3. **FSRH (December 2014).** Progestogen-only injection contraception. <https://www.fsrh.org/Public/Documents/fsrh-ceu-guidance-progestogen-only-injectables.aspx>.
4. **Depot Medroxyprogesterone and bone effects** <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2014/06/>.
5. **U.S. selected practice recommendations for contraceptive use, 2024.** Curtis KM, Nguyen AT, Tepper NK, et al.; *MMWR Recomm Rep* 2024;73(No. RR-3):1–77. <https://www.cdc.gov/contraception/hcp/usmec/progestin-only-contraceptives.html>.
6. **Bone mineral density in women using depot medroxyprogesterone acetate for contraception.** Scholes D, Lacroix AZ, Ott SM, Ichikawa LE, Barlow WE. *Obstet Gynecol* 1999; 93:233-8.
7. **Depot Medroxyprogesterone Acetate and Bone Mineral Density.** Dennerstein, G., Fernando, S., Teo, C., Gorelik, A., Vollenhoven, B., Fraser, I., & Wark, J. (2018) *Journal Of Clinical Gynecology And Obstetrics*, 7(3-4), 63-68.
8. **The effect of depo-medroxyprogesterone acetate on pituitary and ovarian function, and the return of fertility following IST discontinuation: a review.** Schwallie PC, Assenzo JR. *Contraception* 1974; 10:181-202.
9. **Delay in Return to Fertility after Discontinuation of Using Depo-Provera and Associated Factors Among Currently Pregnant Women Attending Antenatal Care in Public Health Facilities in Gindeberet District, Oromia, Ethiopia, 2021;** July 2024; DOI:10.21203/rs.3.rs-4669857/v1.
10. **Use of progestogens and the risk of intracranial meningioma:** national case-control study *BMJ* 2024; 384 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj-2023-078078> (Published 27 March 2024).
11. **Folheto informativo:** Informação para o utilizador Depo-Provera 150, 150 mg/ml suspensão Acetato de medroxiprogesterona; <https://labeling.pfizer.com/ShowLabeling.aspx?id=4982>.



CONTRACEÇÃO PROGESTATIVA SUBCUTÂNEA - IMPLANTE

Carolina da Costa Gomes^{1,2} • Marta Leitão Afonso¹

1. Serviço de Ginecologia e Obstetrícia, Hospital Beatriz Ângelo.

2. Sociedade Portuguesa da Contraceção.

O implante contraceptivo subcutâneo inclui-se no grupo de contraceptivos hormonais reversíveis de longa duração (LARC's).

Os LARC's, nomeadamente o implante subcutâneo, são atualmente considerados contraceção de primeira linha na adolescência.¹⁻⁴ Dentro deste grupo, o implante subcutâneo parece ser o mais escolhido na faixa etária 14-17 anos.¹

O envolvimento da adolescente e dos respetivos progenitores no aconselhamento sobre o implante subcutâneo permite a gestão de expectativas sobre possíveis alterações do padrão menstrual, outros efeitos adversos e benefícios não contraceptivos associados ao seu uso, melhorando a adesão terapêutica por parte deste grupo etário.

Uma vez que o atraso no início do método contraceptivo pode ser uma barreira à adesão terapêutica, advoga-se o início desta contraceção de forma oportunista no momento de contacto com o médico (*Quick Start*), garantindo que a adolescente não se encontra grávida (história clínica e eventual teste de gravidez (DIG). Se negativo, não adiar a colocação do implante e ponderar a repetição do teste de gravidez (3 semanas depois).^{1,5,6}

Tal como a colocação do implante contraceptivo no puerpério imediato, estudos observacionais prospetivos demonstraram o benefício desta atitude em termos de custo-efetividade. Esta abordagem está mais detalhada na secção "Aconselhamento para uso".

• CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE PARA O USO DE IMPLANTE^{1,7-9}

- Adolescentes que pretendam um método de contraceção eficaz, de longa duração, baixo custo e reversível.
- Pós-parto.



• Adolescentes não elegíveis para o uso de CHC.

- IMC ≥ 35 Kg/m² ou outros fatores de risco cardiovasculares (hipertensão, diabetes, com ou sem lesão de órgão alvo).
- Trombofilia (mutação do Fator *V de Leiden*, mutação do gene da protrombina, deficiência de proteína S, proteína C e antitrombina, síndrome de anticorpo antifosfolipídico).
- História de cancro ativo ou nos primeiros 6 meses após remissão clínica.
- Lupus eritematoso sistémico, com anticorpos antifosfolipídicos positivos ou desconhecidos.
- Antecedentes de TEV ou trombose venosa superficial (anteriores ou agudas).
- Cirurgia major com imobilização prolongada.
- Enxaqueca com aura.
- Hemorragia uterina anormal sem causa identificada ou suspeita de patologia grave.
- Antecedentes de cancro da mama.
- Cirrose hepática severa ou carcinoma hepatocelular.

• VANTAGENS E BENEFÍCIOS NÃO CONTRACETIVOS

- Não dependente do utilizador.
- Não requer preocupação adicional no caso de vómitos ou diarreia.
- Não interfere com a relação sexual.
- Método contraceptivo discreto.
- Reduzido risco cardiometabólico.⁷
- Tratamento de hemorragia uterina anormal (HUA) abundante e/ou prolongada (principalmente após o primeiro ano de utilização).^{6,8}
- Melhoria ou resolução de anemia como consequência de HUA.^{6,8}
- Melhoria de dismenorreia.⁸

• ACONSELHAMENTO PARA O USO^{1,3,7,8}

É importante transmitir à adolescente:

- O implante subcutâneo é um método contraceptivo muito eficaz, com descrição de taxas de falha com uso típico e perfeito em cerca de 0,05% e com boas taxas de satisfação.
- O implante subcutâneo não protege da transmissão de ISTs – deve ser mantido o rastreio e aconselhamento relativamente a prevenção de transmissão de ISTs nesta população.

QUADRO 2: Início do método com implante subcutâneo

SITUAÇÃO CLÍNICA	MOMENTO DA INSERÇÃO	NECESSIDADE DE MÉTODO DE BARREIRA ADICIONAL
Sem método contraceptivo ou Método contraceptivo não hormonal	DUM há menos de 7 dias DUM há mais de 7 dias (e é certo que não está grávida)	Não Sim (primeiros 7 dias de utilização do implante)
Sob outro método contraceptivo hormonal (CHC, CP, transdérmico, anel vaginal - uso consistente e com garantia de que não está grávida)	Em qualquer momento	Não
Sob LARC (implante, DIU, DIU-LNG)	No dia da remoção do dispositivo / dia da próxima injeção	Não

<p>Durante amamentação exclusiva</p>	<p><6 meses pós-parto e ainda sem retorno da menstruação</p> <p><6 meses pós-parto e com retorno da menstruação</p> <p>>6 meses pós-parto e ainda sem retorno da menstruação</p> <p>>6 meses pós-parto e com retorno da menstruação</p>	<p>Não</p> <p>Como descrito acima para as mulheres com ciclo menstrual</p> <p>Sim (primeiros 7 dias de utilização do implante)</p> <p>Como descrito acima para as mulheres com ciclo menstrual</p>
<p>Durante amamentação não exclusiva</p>	<p>Ainda sem retorno da menstruação</p> <p>Com retorno da menstruação</p>	<p>Sim (primeiros 7 dias de utilização do implante)</p> <p>Como descrito acima para as mulheres com ciclo menstrual</p>
<p>Pós-parto, sem amamentar</p>	<p><4 semanas pós-parto</p> <p>>4 semanas pós-parto, sem retorno da menstruação</p> <p>>4 semanas pós-parto, com retorno da menstruação</p>	<p>Não</p> <p>Sim (primeiros 7 dias de utilização do implante)</p> <p>Como descrito acima para as mulheres com ciclo menstrual</p>
<p>Em amenorreia, na ausência de gravidez ou amamentação</p>	<p>Qualquer momento</p>	<p>Sim (primeiros 7 dias de utilização do implante)</p>

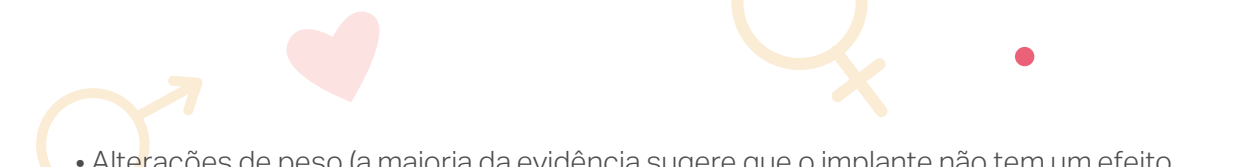
<p>Após aborto espontâneo ou Interrupção de Gravidez (e garantia de que não está grávida)</p>	<p>Se aborto ou interrupção da gravidez nos últimos 7 dias</p> <p>Se aborto ou interrupção da gravidez há mais de 7 dias</p>	<p>Não</p> <p>Sim (primeiros 7 dias de utilização do implante)</p>
<p>Após utilização de contraceção de emergência¹⁰</p>	<p>Após LNG oral No mesmo dia da toma do LNG oral (ou 3 semanas após toma de CE, após DIG negativo)</p> <p>Após a menstruação seguinte</p> <p>Após AUP oral A partir do 6º dia após a toma do AUP (ou 3 semanas após toma de CE, após DIG negativo)</p> <p>Após a menstruação seguinte</p>	<p>Sim (primeiros 7 dias de utilização do implante)</p> <p>Não</p> <p>Sim (primeiros 14 dias de utilização do implante) existe interação farmacológica entre implante e AUP, com diminuição da eficácia de ambos</p> <p>Não</p>

Tabela com base em: FAMILY PLANNING A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS, Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. 4th edition. 2022; ACOG Committee Opinion No. 735: Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstetrics & Gynecology*. 2018 May;131(5):e130–9; Di Meglio G, Crowther C, Simms J. Contraceptive care for Canadian youth. *Paediatr Child Health*. 2018 Jun 12;23(4):271–7; Pacheco A, Rosa Costa A, Lanhoso A, Teresa Almeida Santos A, Rodrigues C, Rebelo C, *et al*. CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020; Pacheco A, Rosa Costa A, Martins I, Palma F, Sousa F, Do M, *et al*. Recomendações sobre Contraceção de Emergência.



• EFEITOS ADVERSOS DESCRITOS E ABORDAGEM

- Alteração do padrão menstrual (principal causa de abandono do método),^{1,3,6,11}
- Até ao primeiro ano de utilização: cataménios mais curtos e menos abundantes / HUA prolongada / infrequente / irregular / amenorreia.
- Após o primeiro ano de utilização: cataménios mais curtos e menos abundantes / HUA infrequente / irregular / amenorreia.
- Informar e tranquilizar sobre padrão menstrual irregular, com tendência a regularizar após o primeiro ano de utilização. Este aconselhamento deve ser feito antes da inserção do implante:⁶
- Ponderar:^{1,6-8}
 - Uso de AINE's 2-3 vezes/dia, durante 5-7 dias, a iniciar no primeiro dia de HUA.
 - Uso de ácido tranexâmico 500mg 2x/dia, 5 dias.
 - Doxiciclina 100mg 2x/dia, 5 dias.
- Se uso de Etinilestradiol (EE) for elegível:
 - Contraceptivo hormonal combinado (CHC) com 30µg de EE, 3 meses, em regime convencional ou contínuo.
 - Estradiol 2mg oral, 7 dias.
 - Estradiol 50 µg transdérmico, 7 dias.
- Cefaleias – analgesia em SOS. Se cefaleia que agrava muito ou é mais frequente com o implante, deve ser avaliada por especialidade.
- Dor abdominal – analgesia em SOS.
- Náuseas.
- Quistos funcionais do ovário – a atividade ovárica não é totalmente suprimida, apesar de o implante inibir a ovulação, podendo gerar quistos funcionais que na sua maioria desaparecem espontaneamente.
- Acne – considerar outro método contraceptivo ou terapêutica dirigida.



- Alterações de peso (a maioria da evidência sugere que o implante não tem um efeito significativo no peso em comparação com outros LARCs. Um estudo retrospectivo demonstrou possível associação entre o uso de implante e o aumento ponderal nas adolescentes).¹³

- Tensão mamária – uso de soutien mais cómodo, analgesia em SOS.

- Tonturas.

- Alterações de humor – se alterações de humor severas, como depressão major, deve ser referenciada para cuidados especializados.

• COMPLICAÇÕES⁸

Incomuns

- Infecção no local de inserção (maioria ocorre nos primeiros 2 meses após inserção) - desinfeção, antibioterapia oral 7-10 dias (ex: Amoxicilina-Ácido Clavulânico), reavaliação após completar antibioterapia. Se abscesso, fazer drenagem + antibioterapia 7-10 dias.

- Dificuldade na remoção (raro se colocação apropriada).

Raras

- Expulsão (maioria ocorre nos primeiros 4 meses após inserção).

Muito raras

- Migração do implante (habitualmente no seguimento de uma colocação inapropriada).

• INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS

Mulheres com infeção a VIH, com ou sem terapêutica antiretroviral, podem usar implante subcutâneo de forma segura.⁷⁻⁹ Há descrição de que o Efavirenz interage com o Etonorgestrel, diminuindo a sua eficácia e aumentando o risco de gravidez. Contudo, esse risco é mais baixo do que o verificado com outros métodos contraceptivos (US Medical Eligibility Criteria classifica-o com categoria de elegibilidade 2).⁹

Deve ponderar-se o uso de método de barreira concomitante.⁸

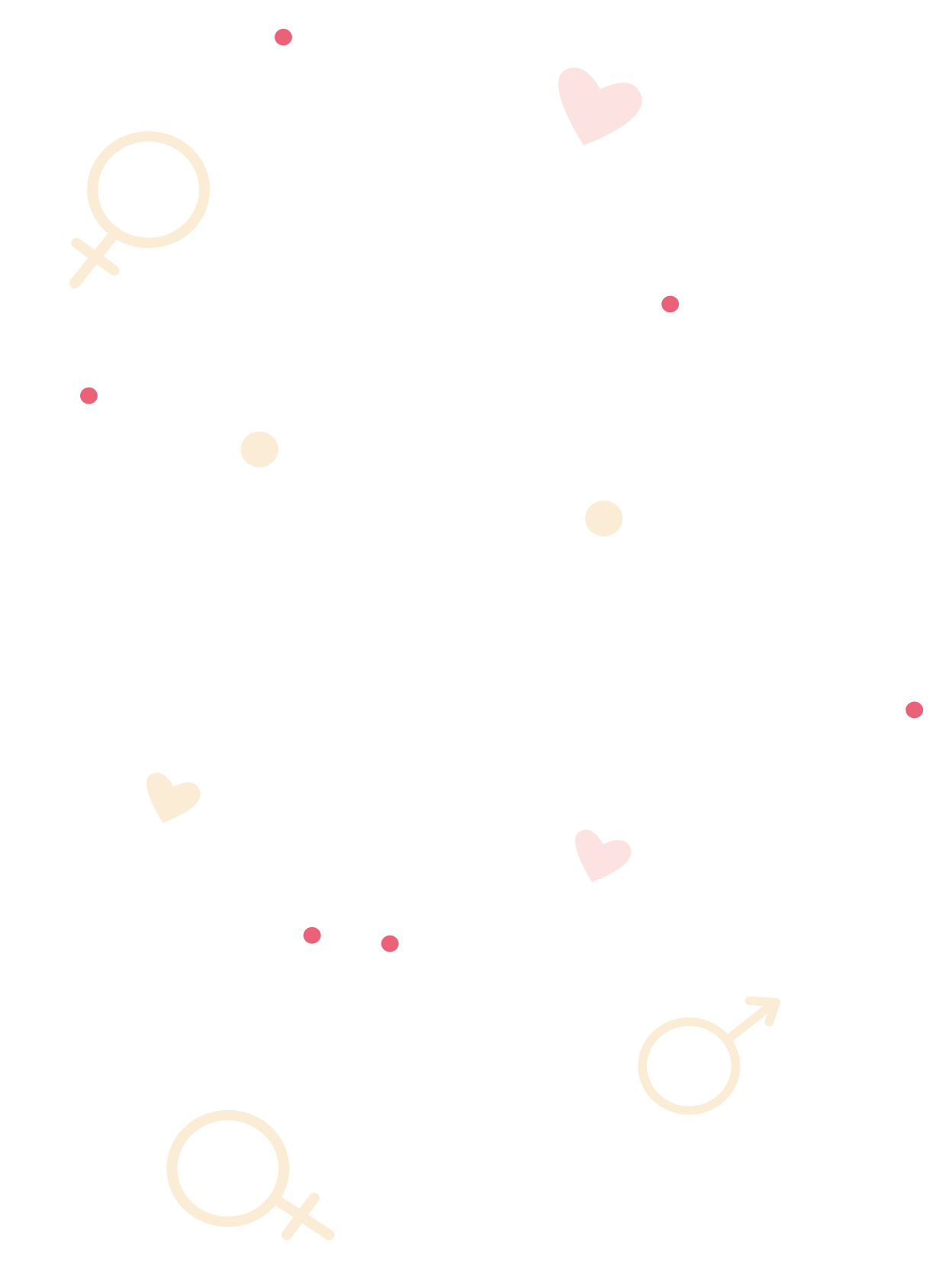
• Esclarecimentos de alguns mitos associados ao implante contraceptivo:^{1,5,8,12,13}

- Não se associa a diminuição da densidade mineral óssea.

- Não parece associar-se a um aumento ponderal maior do que outros métodos progestativos.
- A hormona não permanece em circulação após a remoção do implante (o retorno à fertilidade após remoção do implante subcutâneo é imediato).
- Não existem malefícios associados à amenorreia provocada pelo implante contraceutivo.
- Não aumenta o risco de gravidezes extrauterinas.
- A colocação do implante subcutâneo não obriga a exame pélvico prévio.
- Com analgesia adequada, a colocação do implante subcutâneo é indolor.

Bibliografia

1. **ACOG Committee Opinion No. 735:** Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices. *Obstetrics & Gynecology*. 2018 May;131(5):e130–9.
2. **Committee Opinion No. 710 Summary:** Counseling Adolescents About Contraception. *Obstetrics & Gynecology*. 2017 Aug;130(2):486–7.
3. **Braverman PK, Adelman WP, Alderman EM, Breuner CC, Levine DA, Marcell A V., et al.** Contraception for Adolescents. *Pediatrics*. 2014 Oct 1;134(4):e1244–56.
4. **Todd N, Black A.** Contraception for Adolescents. *J Clin Res Pediatr Endocrinol*. 2020 Jan 1;12(1):28–40.
5. **Di Meglio G, Crowther C, Simms J.** Contraceptive care for Canadian youth. *Paediatr Child Health*. 2018 Jun 12;23(4):271–7.
6. **Menon S, Alderman EM, Chung RJ, Grubb LK, Lee J, Powers ME, et al.** Long-Acting Reversible Contraception: Specific Issues for Adolescents. *Pediatrics*. 2020 Aug 1;146(2).
7. **Pacheco A, Rosa Costa A, Lanhoso A, Teresa Almeida Santos A, Rodrigues C, Rebelo C, et al.** CONSENSO SOBRE CONTRACEÇÃO 2020.
8. **FAMILY PLANNING A GLOBAL HANDBOOK FOR PROVIDERS**, Evidence-based guidance developed through worldwide collaboration. 4th edition. 2022.
9. **Cohen MK, Kent CK, Yang T, Gottardy AJ, Leahy MA, Spriggs SR, et al.** Morbidity and Mortality Weekly Report U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024 Recommendations and Reports Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board. 2024.
10. Pacheco A, Rosa Costa A, Martins I, Palma F, Sousa F, Do M, et al. Recomendações sobre Contraceção de Emergência [Internet]. Available from: www.spdc.pt.
11. **Flores JBO, Balderas ML, Bonilla MC, Vázquez-Estrada L.** Clinical experience and acceptability of the etonogestrel subdermal contraceptive implant. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 2005 Sep;90(3):228–33.
12. **Vickery Z, Madden T, Zhao Q, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF.** Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. *Contraception*. 2013 Oct;88(4):503–8.
13. **Wernick HJ, Abdel-Rasoul M, Berlan ED, Bonny AE.** Body Mass Index Changes Among Adolescents and Young Adults Using the Etonogestrel Contraceptive Implant. *Obstetrics & Gynecology*. 2024 Oct;144(4):553–61.



An illustration featuring a hand with pink skin and yellow nail polish pointing towards a large, dark pink speech bubble. The speech bubble contains white text. The background is white and decorated with various icons: a pink heart in the top left, a yellow heart in the top right, a yellow male symbol in the top right, a yellow female symbol in the bottom right, a yellow male symbol in the bottom left, and several small red dots scattered throughout.

CONTRACEÇÃO
INTRAUTERINA:
DISPOSITIVOS COM
LEVONORGESTREL E
DISPOSITIVOS DE COBRE



CONTRACEÇÃO INTRAUTERINA

Pedro Viana Pinto

Assistente Hospitalar Ginecologia e Obstetrícia ULS S. João, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

É segura, altamente eficaz e fornece uma prevenção de gravidez de longo prazo nesta população.¹

Embora apresente taxas de falha de método inferiores a 1%, a sua utilização pelas adolescentes é ainda pouco frequente. Várias sociedades, incluindo a Academia Americana de Pediatria e ACOG (*American College of Obstetrics and Gynecology*) aconselham o seu uso em adolescentes que não tenham contraindicação médica.^{2,3}

Existem 2 tipos de DIU disponíveis: cobre e com libertação de levonorgestrel (LNG) em diferentes dosagens. Os DIU-LNG com (CU) a cânula de inserção mais pequena, (13,5 mg de LNG - eficaz durante 3 anos e 19,5 mg de LNG - eficaz durante 5 anos) devem ser considerados de primeira linha nesta população.

Em Portugal os métodos contraceptivos mais utilizados pelas adolescentes são o preservativo masculino e a pílula.⁴ No projeto *CHOICE*, quando os métodos de longa duração foram aconselhados, explicados e removidas barreiras à sua utilização e acesso, as adolescentes favoreceram a escolha destes métodos (70%).⁵

A taxa de continuação de uso do método em 12 meses para a contraceção intrauterina foi de 75,6% e para o DIU-LNG de 80,6%, superiores às taxas de continuação de métodos de curta duração (cerca de 44%), e o número de gravidezes não desejadas também diminuiu.⁶

Nas adolescentes portadoras de DIU de cobre ou DIU-LNG, a continuidade de utilização dos mesmos aos 12 meses era de 74% (95% CI, 61.0%-87.0%) de acordo com uma revisão sistemática com meta-análise.⁷

· MENSAGENS IMPORTANTES

1. Os dispositivos intrauterinos não previnem das infeções sexualmente transmissíveis pelo que deve ser aconselhado o uso simultâneo de um método barreira. Esta informação é fundamental uma vez que adolescentes portadoras de métodos de contraceção de longa duração, tendencialmente usam menos, simultaneamente, um método de barreira.⁸



2. Método indicado para adolescentes que pretendam um método de longa duração cuja eficácia seja independente da colaboração da utilizadora.

3. Realizar, de acordo com sintomas e fatores de risco, rastreio de infeções sexualmente transmissíveis. A colocação do DIU não deve estar dependente do resultado. Um rastreio positivo não implica a remoção do DIU, mas apenas o tratamento da doença.

DIU-Cu

- Recomendado para uso durante 10 anos (eficácia demonstrada por mais de 20 anos).
- Pode ser usado como contraceção de emergência, até 5 dias após relações sexuais não adequadamente protegidas.
- Probabilidade de gravidez: 0,6% no 1.º ano, 1,6% no 7.º ano, 2,2% nos 8 a 12 anos.
- Maior taxa de falha em mulheres com menos de 25 anos, atribuída a maior fertilidade deste grupo etário.
- Ideal em adolescentes sem dismenorreia e com fluxo menstrual normal a reduzido.

· MECANISMO DE AÇÃO

- Reação inflamatória citotóxica no endométrio por alterações bioquímicas e morfológicas induzidas pelo cobre.
- Toxicidade para o esperma e óvulo.
- Inibição da mobilidade.
- Inibição da capacitação.
- Diminuição da sobrevivência.
- Fagocitose do esperma.
- Aceleração da apoptose do óvulo.
- Alterações da motilidade tubária.



· ELEGIBILIDADE

- Desejo ou necessidade de evitar anticoncepcionais hormonais.
- Desejo de manter hemorragias menstruais cíclicas.
- Contraceção de emergência.
- Recomendado para cavidades uterinas entre 6 a 9 cm, para ótima *performance*.

DIU com Levonorgestrel

· MECANISMO DE AÇÃO

- Espessamento do muco cervical.
- Inibição da fecundação por aumento da produção de glicodelina A.
- Atrofia glandular.
- Inibição parcial do desenvolvimento folicular e ovulação: DIU com 52 mg de LNG: 45% dos ciclos no 1.º ano são ovulatórios e 88 a 97% para menores doses.

· ELEGIBILIDADE

DIU com 52 mg LNG:

- Cânula com diâmetro de 4,4 mm.
- Usado para tratamento de hemorragia uterina anormal; possível amenorreia em 20 a 40% das utilizadoras.
- Tratamento de dismenorreia.
- Tratamento de sintomas associados a endometriose.

DIU com LNG 13,5 mg e 19,5 mg:

- Menores dimensões, peça de inserção mais pequena (cânula com diâmetro de 3,8 mm).
- Adequados para nuligestas.



Não são elegíveis para o uso de contraceção intrauterina:

- Gravidez (diagnosticada ou suspeita).
- Malformações uterinas.
- Carcinomas da mama ou uterino (DIU-LNG).
- Carcinomas sensíveis a progestativos (DIU-LNG).
- Anomalias uterinas com distorção da cavidade.
- Doença Inflamatória Pélvica (DIP) ativa (e até 3 meses após a cura).
- Doença de *Wilson* ou alergia ao Cobre (DIU-Cu).

• ACONSELHAMENTO PARA O USO

Avaliação pré-colocação:

- História clínica, Exame ginecológico (rastreamento da clamídia e gonorreia), Consentimento informado.

Colocação:

- Pode ser ideal, nas adolescentes, a colocação no mesmo dia da consulta, pela sua maior fertilidade e pela eventual menor adesão a uma consulta posterior, esta abordagem é ainda custo-eficaz.⁹
- Em qualquer altura do ciclo, após exclusão de gravidez.
- Não é necessária antibioterapia profilática.
- Ponderar analgesia com AINE pré-colocação.
- Possibilidade de colocação sob lidocaína tópica.
- Pode ser colocado no pós-parto imediato (cesariana ou parto vaginal) ou às 4 semanas após parto, com taxas de continuação a um ano de cerca de 84%.⁷
- Pode ser colocado após verificação de aborto completo ou imediatamente após esvaziamento uterino instrumental.



· ADVERTÊNCIAS

As adolescentes devem ser esclarecidas que ambos os tipos de DIU se associam a alterações expectáveis do padrão hemorrágico:

- DIU de cobre associa-se a aumento da quantidade e duração do fluxo menstrual (particularmente nos primeiros ciclos).
- DIU-LNG pode modificar o padrão menstrual habitual: perdas menstruais não previsíveis, diminuição do fluxo menstrual ou amenorreia, em função da dose de LNG do DIU. As alterações hemorrágicas (hemorragia prolongada ou inesperada não previsível) com DIU-LNG tendem a melhorar ao fim de 6 meses, os DIU-LNG com menores doses de LNG estão menos associados a amenorreia. A jovem deve ser informada que a modificação do padrão menstrual não induz complicações na fertilidade e na sua saúde.

Expulsão:

- Taxa de cerca de 8% em adolescentes de 13-19 anos, maior taxa de expulsão com DIU de cobre.⁷

· O RISCO DE EXPULSÃO É

- Mais comum no primeiro ano (sobretudo nos primeiros 6 meses após colocação); a dimensão da cavidade e o tamanho do DIU não se relacionam com a taxa de expulsão.
- Mais frequente se inserção imediatamente após o parto.
- A nuliparidade, que é mais frequente nas mulheres mais jovens, parece não aumentar o risco de expulsão.
- Mais frequente se DIU-LNG colocado durante um episódio agudo de hemorragia uterina abundante.
- Mais frequente se colocação realizada por profissionais menos experientes.
- Probabilidade de recorrência da expulsão: 30%.

· FALHA DO MÉTODO - GRAVIDEZ

Fatores de risco:

- Idade jovem, DIU mal posicionado, expulsão prévia.



Deve ser retirado. Risco aumentado de gravidez ectópica, abortamento, corioamnionite, descolamento prematuro de placenta normalmente inserida e parto pré-termo.

• MITOS E BARREIRAS À SUA UTILIZAÇÃO (NAS ADOLESCENTES)

• **Barreiras**

Ausência de conhecimento e informação sobre o método pelas adolescentes:

- Ações de formação escolares.
- Divulgação de fontes de informação fidedigna, disponíveis e acessíveis às adolescentes.
- Divulgação em redes sociais de informação adequada, com qualidade, simples e acessível.

Ausência de conhecimento e informação adequada sobre o método pelos profissionais de saúde que fazem aconselhamento contracetivo:

- Informação inadequada fornecida às adolescentes, introduzindo barreiras à sua utilização.
- Formação de profissionais de saúde, dotando-os de ferramentas para um aconselhamento contracetivo adequado e não coercivo (médicos de família, ginecologistas e obstetras, pediatras).

Ausência de capacidade técnica para a sua aplicação por profissionais de saúde que prestam aconselhamento contracetivo:

- Profissionais inseguros quanto à técnica de colocação de um DIU.
- Formação técnica (cursos, estágios) dos diferentes profissionais de saúde envolvidos no aconselhamento contracetivo nesta faixa etária.

Receio de menor aceitação do método pelos pais:

- Desmistificação e simplificação do tema, quer em ambiente de consulta, quer em meios de divulgação (páginas de internet, redes sociais).

Receio de desconforto com a sua colocação:

- Tranquilização da adolescente, aconselhamento quanto a medidas para minimizar o desconforto.



· MITOS

Nulíparas não podem usar:

- A colocação não é mais difícil nestas mulheres, com taxas de sucesso de colocação semelhantes à de mulheres com partos anteriores.¹⁰ Da mesma forma, o tempo médio para colocação é semelhante em ambos os grupos.¹¹

Aumenta risco de gravidez ectópica:

- Não aumenta o risco de gravidez ectópica. O risco de gravidez ectópica é menor em mulheres utilizadoras de DIU comparativamente ao risco com outros métodos contraceptivos reversíveis ou não utilização de contraceção.

Aumenta risco de infertilidade:

- Fertilidade restabelece-se rapidamente após a remoção de um DIU.

Aumenta risco de DIP:

- O risco de DIP com DIU é baixo, similar ao risco com CHC ou implante, independentemente da idade e da paridade, o DIU-LNG parece até diminuir o risco, também não aumenta o risco de aquisição de infeção por VIH nem de HPV.

Maior risco de expulsão nas adolescentes:

- De acordo com algumas revisões, as taxas de expulsão são semelhantes nas adolescentes e nas mulheres adultas.^{12,13} No entanto, em alguns estudos retrospectivos, as taxas de expulsão são ligeiramente maiores nas adolescentes, principalmente com o DIU de cobre.¹⁴

Não é um contraceptivo eficaz:

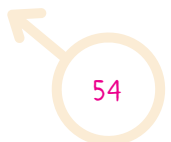
- Usado a longo prazo, a taxa de falha é menor do que a dos métodos mais habitualmente utilizados pelas adolescentes (CHC e métodos barreira).

Amenorreia não é natural nem segura

- Amenorreia pode surgir com a utilização do DIU-LNG, consequência do efeito progestativo, que desaparece após remoção do DIU e não acontece em todas as portadoras de DIU-LNG (menos prováveis no DIU com LNG 13,5 mg e 19,5 mg).

É abortivo:

- Previnem a fertilização e/ou impedem a implantação pelo que não é abortivo.



· ASPETOS PRÁTICOS

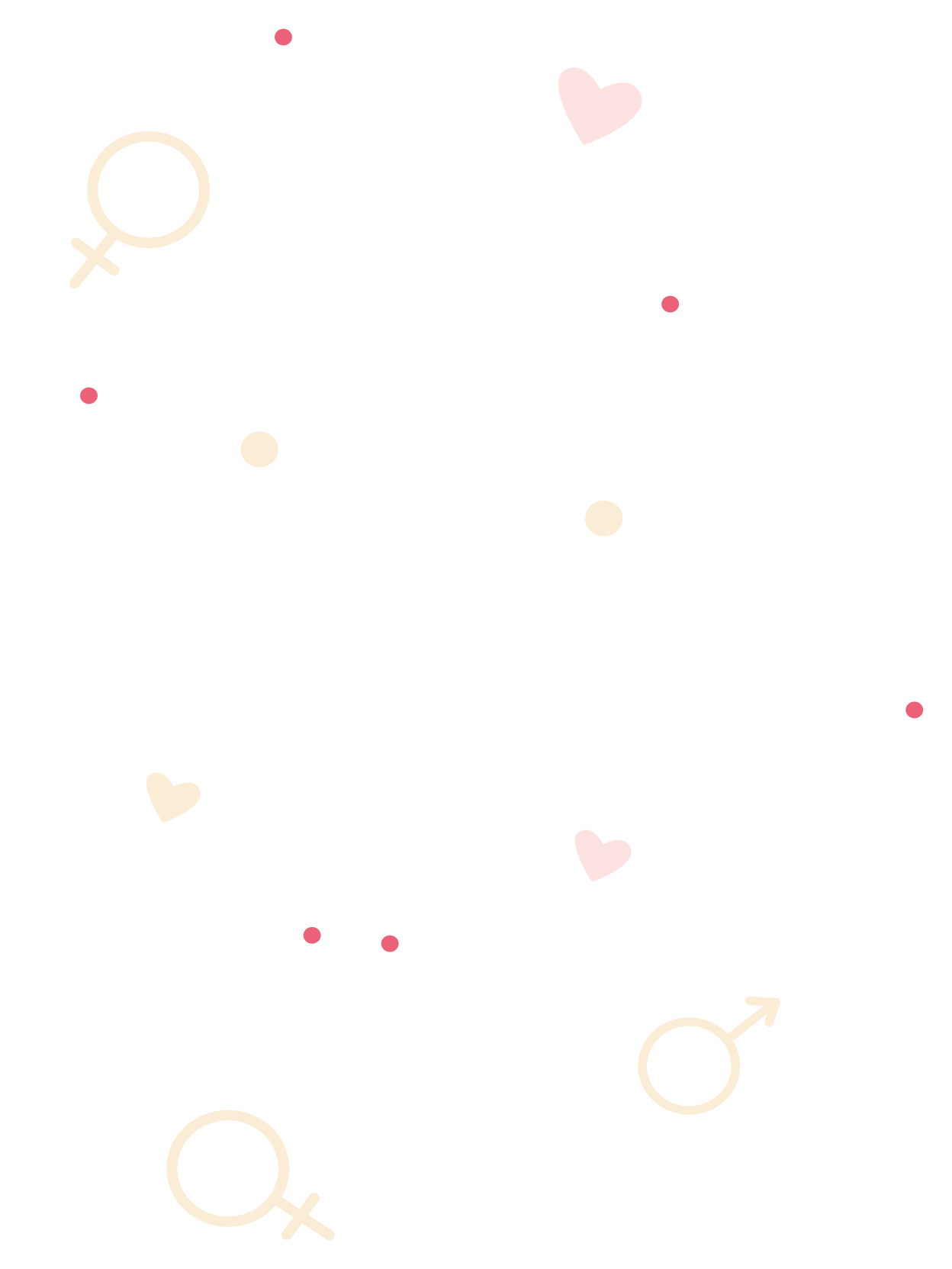
1. Se a colocação for no 1º dia do ciclo não é necessário o uso de preservativo para prevenir uma gravidez.
2. Se a colocação for em qualquer dia do ciclo.

^aO DIU de cobre confere uma contraceção imediata.

^bO DIU de LNG exige o uso de um preservativo durante 7 dias para prevenção da gravidez.

Bibliografia

1. **Menon S, Committee On A.** Long-Acting Reversible Contraception: Specific Issues for Adolescents. *Pediatrics*. 2020;146(2).
2. **Committee Opinion No. 699:** Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):965-6.
3. **Committee on Adolescent Health C.** Committee Opinion No 699: Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. *Obstet Gynecol*. 2017;129(5):e142-e9.
4. **Águas F, Bombas, T., Pereira da Silva, D.** Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa*. 2016;10:184-92.
5. **McNicholas C, Madden T, Secura G, Peipert JF.** The contraceptive CHOICE project round up: what we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):635-43.
6. **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.
7. **Diedrich JT, Klein DA, Peipert JF.** Long-acting reversible contraception in adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2017;216(4):364 e1- e12.
8. **Kortsmit K, Williams L, Pazol K, Smith RA, Whiteman M, Barfield W, et al.** Condom Use With Long-Acting Reversible Contraception vs Non-Long-Acting Reversible Contraception Hormonal Methods Among Postpartum Adolescents. *JAMA Pediatr*. 2019;173(7):663-70.
9. **Wilkinson TA, Downs SM, Tucker Edmonds B.** Cost Minimization Analysis of Same-Day Long-Acting Reversible Contraception for Adolescents. *JAMA Netw Open*. 2019;2(9):e1911063.
10. **Teal SB, Romer SE, Goldthwaite LM, Peters MG, Kaplan DW, Sheeder J.** Insertion characteristics of intrauterine devices in adolescents and young women: success, ancillary measures, and complications. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;213(4):515 e1-5.
11. **O'Flynn O'Brien KL, Akers AY, Perriera LK, Schreiber CA, Garcia-Espana JF, Sonalkar S.** Intrauterine Device Insertion Procedure Duration in Adolescent and Young Adult Women. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2019;32(3):312-5.
12. **Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V.** Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2014;123(3):585-92.
13. **Ravi A, Prine L, Waltermaurer E, Miller N, Rubin SE.** Intrauterine devices at six months: does patient age matter? Results from an urban family medicine federally qualified health center (FQHC) network. *J Am Board Fam Med*. 2014;27(6):822-30.
14. **Jatlaoui TC, Riley HEM, Curtis KM.** The safety of intrauterine devices among young women: a systematic review. *Contraception*. 2017;95(1):17-39.



A stylized illustration featuring a red hand with a red sleeve pointing towards a large, light blue speech bubble. The speech bubble contains the text 'MÉTODOS NATURAIS' in white, uppercase, sans-serif font. The background is white and decorated with various elements: a pink heart in the top left, a yellow male symbol (♂) on the left, a yellow female symbol (♀) on the right, and several small red dots scattered throughout. The hand is positioned in the upper right corner, with the index finger pointing towards the center of the speech bubble.

MÉTODOS
NATURAIS



MÉTODOS NATURAIS NA ADOLESCÊNCIA

Francisca Magno¹ • Fátima Palma²

1. Interna Formação Específica Ginecologia e Obstetrícia ULS S. José.
2. Assistente Hospitalar Graduada de ginecologia e Obstetrícia ULS S. José Sociedade Portuguesa da Contraceção.

A contraceção na adolescência é um tema que requer atenção específica devido às particularidades fisiológicas e emocionais desta fase da vida.

Embora os métodos naturais, como o método do calendário, a avaliação do muco cervical, a avaliação da temperatura basal, método sintotérmico e o coito interrompido, possam ser opções viáveis para mulheres adultas, a sua aplicação na adolescência apresenta desafios consideráveis.

1. MÉTODO DO CALENDÁRIO

Baseia-se na contagem dos dias do ciclo menstrual para identificar o período fértil.

2. AVALIAÇÃO DO MUÇO CERVICAL

A observação das características do muco cervical ao longo do ciclo menstrual pode ajudar a identificar o período fértil.

3. AVALIAÇÃO DA TEMPERATURA BASAL

A medição diária da temperatura corporal basal pode indicar o período ovulatório.

4. MÉTODO SINTOTÉRMICO

Baseia-se na identificação do período fértil combinando os métodos da temperatura basal e do muco cervical.

5. COITO INTERRUPTO

Envolve a remoção do pénis da vagina antes da ejaculação.



FATORES NECESSÁRIOS À SUA UTILIZAÇÃO

• CICLOS REGULARES E AUTOCONHECIMENTO DO CORPO

A eficácia dos métodos naturais depende do conhecimento detalhado do corpo e da regularidade dos ciclos menstruais.

Durante a adolescência, que é marcada por uma transição hormonal e ciclos frequentemente irregulares, a aplicação precisa destes métodos torna-se difícil e menos fiável.

• ABSTINÊNCIA E COLABORAÇÃO

Os métodos naturais frequentemente exigem abstinência durante o período fértil, o que pode ser um desafio na adolescência devido à falta de experiência e à pressão de pares ou do parceiro.

Além disso, o autocontrolo do masculino é essencial para o sucesso destes métodos.

• MOTIVAÇÃO E COMPROMETIMENTO

A aplicação dos métodos naturais exige um elevado grau de motivação e disciplina, visto que a eficácia destes métodos depende de um cumprimento rigoroso da rotina diária, o que nem sempre é exequível na adolescência.

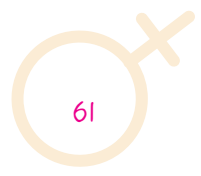
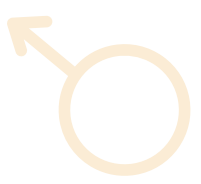
• DESVANTAGENS

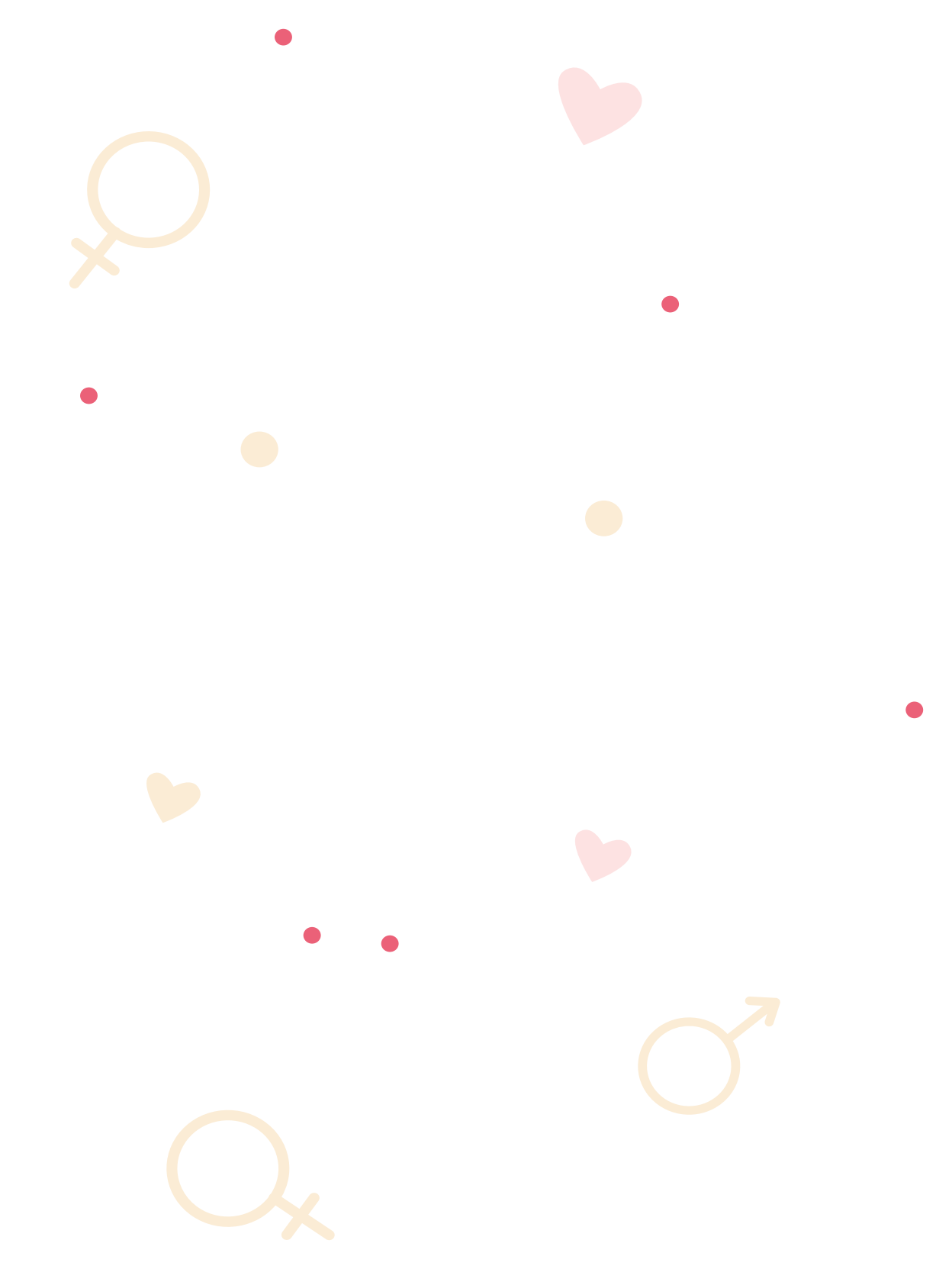
- Não protegem contra as ISTs.
- Baixa eficácia.
- Requerem monitorização rigorosa.
- A irregularidade dos ciclos menstruais impossibilita a utilização destes métodos.
- O coito interrompido requer autocontrolo masculino.



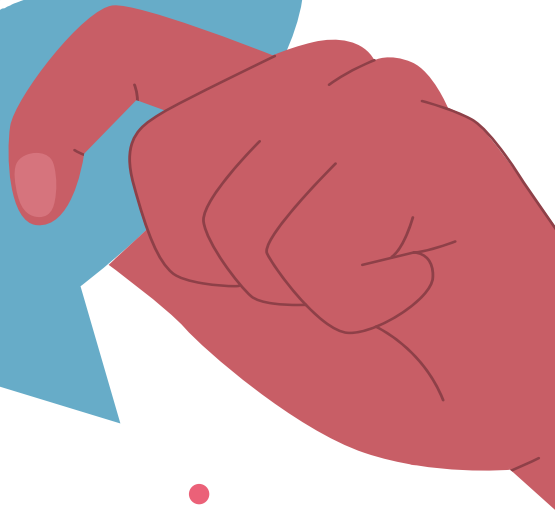
Mitos: A ovulação ocorre sempre a meio do ciclo.

- Considerando os riscos e limitações dos métodos naturais na adolescência, recomenda-se que os profissionais de saúde priorizem métodos contraceptivos mais eficazes e seguros, como os hormonais ou de barreira.
- A educação sexual deve ser abrangente e enfatizar a importância do uso contínuo do preservativo para a prevenção de infeções sexualmente transmissíveis (ISTs), bem como garantir o conhecimento sobre a contraceção de emergência, instruindo os adolescentes sobre a sua correta utilização em caso de falha contraceptiva ou relação sexual desprotegida.
- Desta forma, os métodos naturais **não são recomendados para adolescentes**, devendo priorizar-se métodos contraceptivos mais eficazes e seguros.





CONTRACEÇÃO
NO MASCULINO





CONTRACEÇÃO NO MASCULINO

Patrícia Isidro Amaral

Assistente Graduada Ginecologia e Obstetrícia ULS S. José, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

Os métodos contraceptivos mais utilizados pelos adolescentes portugueses são o preservativo externo e a pílula.¹

À semelhança de Portugal, um estudo realizado nos EUA entre 2015-2019 mostrou que entre os adolescentes, o preservativo é o método mais utilizado, tendo-se verificado também que cerca de 65% dos adolescentes reportou a utilização do coito interrompido como método contraceptivo.²

· PRESERVATIVO

O preservativo, quando utilizado de forma consistente e correta, para além de ser um método contraceptivo, é o único método que confere proteção para as infeções sexualmente transmissíveis.

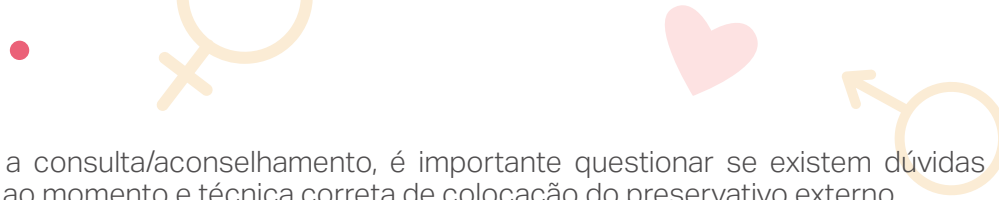
O uso de preservativo deve ser encarado como uma forma de respeito entre os parceiros e não como um sinal de desconfiança.

Quando falamos em eficácia contraceptiva, verificamos que a percentagem de mulheres com gravidez não planeada durante o primeiro ano de uso do preservativo, com o uso correto (utilizam o método consistentemente, continuamente e corretamente) é de 2%, mas com o uso corrente (utilizam o método, mas não de forma consistente ou continuada) a percentagem é de 18%.³

Os preservativos externos são produzidos em diferentes materiais, tamanhos, formatos e sabores e podem ser úteis em casos de ejaculação precoce por reduzirem ligeiramente a sensibilidade.³

Apresentam poucos efeitos adversos mas referenciar a possível interferência na manutenção da ereção em casos de disfunção erétil psicogénica e possível ocorrência de reações alérgicas ao látex (raro).

Nos casos de alergia ao látex, estão disponíveis preservativos de poliuretano e outros plásticos, associados, no entanto, a maior risco de rotura.⁴



Durante a consulta/aconselhamento, é importante questionar se existem dúvidas relativas ao momento e técnica correta de colocação do preservativo externo.

· COITO INTERRUMPIDO

O coito interrompido, que se refere à remoção do pénis da vagina antes da ejaculação, exige um elevado autocontrole masculino.

A percentagem de mulheres com gravidez não planeada durante o primeiro ano de uso, com o uso correto (utilizam o método consistentemente, continuamente e corretamente) é de 4% mas com o uso corrente (utilizam o método mas não de forma consistente ou continuada) é de 22%.³

O uso correto do coito interrompido implica a remoção atempada do pénis antes da ejaculação e a ocorrência da ejaculação longe do introito vaginal.

O muco da ovulação presente na vulva, períneo e face interna das coxas pode servir de veículo para os espermatozoides e contribuir para uma gravidez.

· VASECTOMIA

A contraceção no masculino inclui ainda a vasectomia, um método cirúrgico que deve ser visto como definitivo e irreversível, pelo que na adolescência só em raros casos será aplicável.

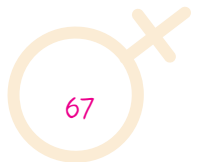
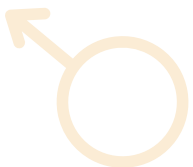
A contraceção masculina hormonal ainda se encontra em ensaios clínicos, no entanto com a promessa de trazerem uma nova opção de contraceção reversível para o homem atual.⁵

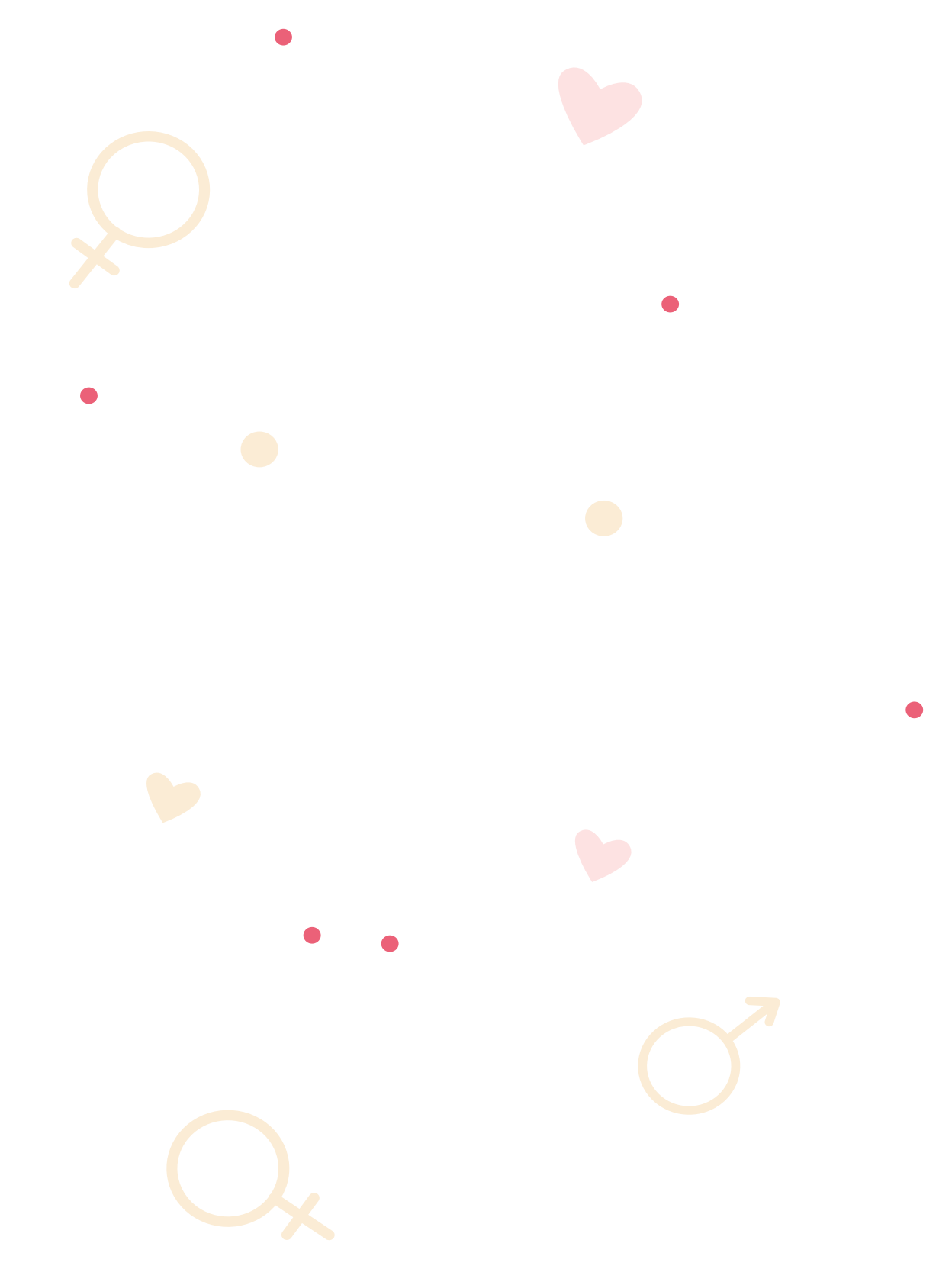
QUADRO 1: Preservativo Masculino

VANTAGENS	DESVANTAGENS	MITOS
Prevenção IST	Depende da colocação correta	Diminuição marcada da sensibilidade
Poderão ser úteis nos casos de ejaculação precoce	Interferência na ereção nos casos de disfunção erétil	Rotura frequente
	Alergia ao látex (raro)	Baixa eficácia
	Os lubrificantes oleosos aumentam o risco de rotura	

Bibliografia

1. **Águas, F., Bombas, T. & Pereira da Silva, D.** Avaliação das práticas contraceptivas das mulheres em Portugal. *Acta Obstétrica e Ginecológica Portuguesa* 10, 184–192 (2016).
2. **Teenagers in the United States:** Sexual activity, contraceptive use, and childbearing, 2015–2019. *National Health Statistics Reports* Number 196, December 14, 2023. Abma JC, Martinez GM, Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/nchs/nsfg/key_statistics_nsfg.htm (Accessed on July 23, 2024).
3. **Trussell, J.** Contraceptive technology. in *Contraceptive technology* (eds. Hatcher, R. et al.) (Arden Media, 2011).
4. **Wang C et al.;** Practice and development of male contraception: European Academy of Andrology and American Society of Andrology guidelines; *Andrology*, 2024;12:1470-1500.
5. **Wang C, et al.** Hormonal male contraception, *Andrology*. 2024; 12:1551–1557.







CONTRACEÇÃO
DE EMERGÊNCIA



CONTRACEÇÃO DE EMERGÊNCIA

Cristina Nogueira-Silva

Assistente Hospitalar Graduada Gin/Obs da ULS de Braga, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

A contraceção de emergência é, por definição, a estratégia disponível para prevenir uma gravidez após relação sexual vaginal não protegida ou não adequadamente protegida, nomeadamente:

- **Sem utilização de método contraceutivo;**
- **Uso inconsistente de contraceção** (esquecimentos ou atrasos na toma ou substituição do contraceutivo);
- **Falha de contraceção** (rotura do preservativo ou retenção na vagina, vômitos após ingestão de pílula);

Atualmente, em Portugal estão disponíveis como métodos de contraceção de emergência (quadro 1):

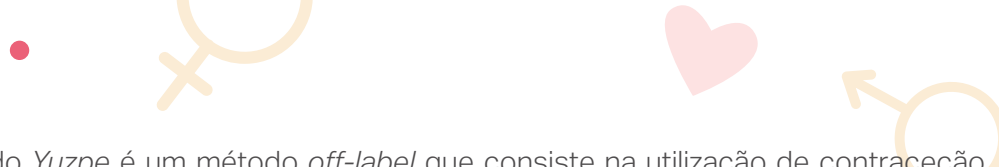
- **Contraceutivo oral com levonorgestrel (LNG);**
- **Contraceutivo oral com acetato de ulipristal (AUP);**
- **Dispositivo intrauterino com cobre (DIU de cobre).**

No seu conjunto, estes métodos permitem prevenir até 95% das gestações, quando utilizados nos primeiros 5 dias após a relação sexual, sendo mais efetivos quanto mais precoce a sua utilização após a relação sexual.

QUADRO 1: Caracterização dos métodos de contraceção de emergência disponíveis em Portugal.

	LEVONORGESTREL	ACETATO DE ULIPRISTAL	DIU DE COBRE
Categoria Medicamentosa	Progestativo	Modulador seletivo dos recetores da progesterona (SPRM)	Dispositivo intrauterino de cobre
Nome comercial	Postinor®, Norlevo®	EllaOne®	
Mecanismo de Ação	Inibição ou atraso até 3 dias do pico pré-ovulatório de LH	Inibição ou atraso até 5 dias do pico pré-ovulatório de LH, impede a rotura folicular	Previne a fertilização por toxicidade do cobre sobre os espermatozoides e possível interferência na nidação por alterações endometriais
Via de Administração	Oral	Oral	Intrauterina
Posologia	1,5 mg, toma única	30 mg, toma única	Aplicação Única
Eficácia	Eficácia nas primeiras 72 horas, com taxa de gravidez de 1,2 a 2,1% (deve ser tomado nas primeiras 72 horas, mas pode ter efeito, embora com maior falha, até 120 horas)	Eficácia nas primeiras 120 horas, com taxa de gravidez de 1,2%	O mais eficaz de todos os métodos de contraceção de emergência, se administrado nos primeiros 5 dias A eficácia não varia se nos primeiros 5 dias
Acessibilidade em Portugal	Gratuito nas consultas do SNS e urgências ginecológicas hospitalares Venda livre em farmácia e estabelecimentos autorizados para a venda de medicamentos	Venda livre em farmácias	Gratuito no SNS, disponível com receita médica na farmácia

<p>Contraindicações</p>	<p>Gravidez. Usar com precaução se antecedentes de hipersensibilidade ao uso de levonorgestrel</p>	<p>Gravidez. Usar com precaução se antecedentes de hipersensibilidade ao uso de acetato de ulipristal, doença hepática grave, mulheres com asma não controlada e intolerâncias à lactose/galactose</p>	<p>As mesmas da contraceção intrauterina</p>
<p>Efeitos adversos</p>	<p>Sintomas raros, ligeiros e transitórios: cefaleias, tonturas, náuseas, vômitos, aumento da sensibilidade mamária e dores pélvicas</p> <p>Se ocorrerem vômitos até 3 horas após a toma de LNG ou AUP deve repetir-se a administração com antiemético previamente ou optar pelo DIU de cobre</p>		
<p>Uso de contraceção após contraceção de emergência</p>	<p>Pode iniciar contraceção oral (combinada ou progestativa) no mesmo dia da toma de LNG</p> <p>Deverá ser utilizado preservativo nos primeiros 7 dias</p> <p>A colocação de implante, DIU com levonorgestrel ou administração de medroxiprogesterona, deve idealmente ser realizada após menstruação</p>	<p>Deve aguardar 5 dias para iniciar contraceção oral (combinada ou progestativa)</p> <p>A colocação de implante, DIU com levonorgestrel ou administração de medroxiprogesterona, deve idealmente ser realizada após menstruação</p>	<p>Permite contraceção de longa duração (10 anos)</p>



O Método *Yuzpe* é um método *off-label* que consiste na utilização de contraceção oral combinada em dose e sequência específicas (2 doses, de 12 em 12 horas, de forma a ser administrados em cada dose no mínimo 100 µg de etinilestradiol e 0,40 a 0,60 mg de levonorgestrel ou 1,0 mg a 2,0 mg de norgestrel).

Tem, contudo, menor eficácia e associa-se a uma taxa superior de efeitos adversos, nomeadamente náuseas e vômitos, pelo que deve ser considerado alternativa quando não há acesso a outros métodos de contraceção de emergência.

Os DIU hormonais não estão aprovados para utilização como contraceção de emergência.



CRITÉRIOS DE ELEGIBILIDADE

Todas as adolescentes são elegíveis para a utilização de contraceção de emergência oral, sem necessidade de exame ginecológico ou exame complementar de diagnóstico prévio.

Não existem contraindicações específicas relacionadas com a idade para a toma de contraceção de emergência oral. Contudo, o LNG e AUP devem ser utilizados com precaução nas mulheres com antecedentes de hipersensibilidade ao uso destes medicamentos.

O AUP deve ser usado com precaução nas mulheres com doença hepática grave, asma não controlada e intolerância à lactose ou galactose. Na eventualidade da adolescente se encontrar a amamentar, recomenda-se a suspensão do aleitamento por um período de 24 horas, dada a ausência de evidência sobre a segurança do AUP durante a amamentação.

Na contraceção de emergência com DIU de cobre, devem ser respeitados os critérios de elegibilidade para o uso de DIU.

No capítulo dedicado à contraceção intrauterina, encontram-se detalhados os respetivos critérios de elegibilidade.

É importante realçar que não existem contraindicações específicas relacionadas com a idade.

Mito: Os métodos de contraceção de emergência são abortivos ou teratogénicos.

• A contraceção de emergência oral ou com DIU de cobre não interrompe uma gravidez em evolução, nem tem efeitos teratogénicos se ocorrer falha contracetiva. O seu mecanismo de ação consiste em impedir ou atrasar a ovulação e prevenir a fertilização e/ou implantação, respetivamente.

Mito: Os métodos de contraceção de emergência, nomeadamente o DIU de cobre, reduzem a fertilidade imediata e futura.

• A contraceção de emergência oral ou com DIU de cobre não reduz a fertilidade, que retorna rapidamente à sua função basal ou após remoção do DIU, respetivamente.

Mito: Uma vez tomado LNG ou AUP como contracetivo de emergência, a proteção contracetiva fica assegurada até à próxima menstruação.

• A contraceção de emergência oral (LNG ou AUP) não assegura contraceção até próximo cataménio. Nos casos em que ocorra nova relação sexual desprotegida após a toma do contracetivo de emergência, é importante considerar repetir a contraceção (após LNG, se nova relação desprotegida ≥ 3 dias após a toma; após AUP, se nova relação desprotegida ≥ 5 dias após a toma).

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

Contraceção após contraceção de emergência.

A contraceção de emergência com DIU de cobre permite contraceção de longa duração (10 anos). Relativamente aos métodos de contraceção de emergência oral, pode ser iniciada contraceção oral (combinada ou progestativa) no mesmo dia da toma de LNG e deve aguardar 5 dias após toma de AUP.

Deverá ser utilizado preservativo nos primeiros 7 dias. A colocação de implante, DIU com LNG ou administração de medroxiprogesterona, deve idealmente ser realizada após menstruação, utilizando método contracetivo adicional até esse momento. Se o início diferido não for possível, deve iniciar o método no dia da toma do contracetivo de emergência de LNG ou 5 dias após a toma de AUP, e fazer um teste de gravidez dentro de 4 semanas.



Aconselhamento contraceutivo e contraceção de emergência.

A prescrição de contraceção de emergência deve ser encarada como uma oportunidade de aconselhamento contraceutivo relevante.

A Academia Americana de Pediatria (AAP) e o Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) recomendam que a contraceção de emergência seja sistematicamente integrada nas consultas e discussões sobre contraceção com adolescentes, tais como situações de início da atividade sexual, aconselhamento de rotina e atividades de saúde escolar, de forma a aumentar a literacia em saúde reprodutiva.

Além disso, defendem a prescrição antecipada de contraceção de emergência oral de forma a reduzir barreiras associadas à urgência do momento, como a dificuldade de marcação de consulta, os custos associados e a disponibilidade em farmácias.

De facto, estudos demonstraram que adolescentes que receberam ou compraram contraceção de emergência previamente à sua necessidade têm maior probabilidade de a utilizar efetivamente, quando necessário, sem alterar o padrão de uso de contraceuticos regulares ou a incidência de infeções sexualmente transmissíveis.

Influência do índice de massa corporal (IMC) na eficácia dos métodos de contraceção de emergência.

A eficácia do DIU de cobre não é afetada pelo IMC, mantendo-se como o método mais eficaz independentemente do peso.

Não existem preocupações de segurança relativamente ao uso de contraceção de emergência com LNG em mulheres com IMC superior a 25 Kg/m² ou com peso corporal superior a 75 kg. Contudo, o uso de LNG parece ser menos eficaz nas mulheres com IMC >26 Kg/m² ou peso superior a 70 kg.

A análise de 4 ensaios clínicos da Sociedade Portuguesa da Contraceção Mundial da Saúde demonstrou um risco significativo de falha de eficácia na contraceção com LNG em mulheres, incluindo adolescentes, com peso superior a 75 kg.

Relativamente ao uso de AUP parece ser menos eficaz nas mulheres com IMC >30 Kg/m² ou peso superior a 85 kg. Assim, nas adolescentes obesas, deve haver especial atenção no aconselhamento, mas não há restrições com base no peso ou IMC.

O uso de DIU ou AUP são os métodos preferenciais de contraceção de emergência nas mulheres obesas.



Bibliografia

American College of Obstetricians and Gynecologists. (2017). Counseling adolescents about contraception (Committee Opinion No. 710). *Obstetrics & Gynecology*, 130(2), e74–e80. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000002189>.

European Consortium for Emergency Contraception. (2016). *Emergency contraception: A guideline for service provision in Europe* (2nd ed.). <https://www.ec-ec.org/resources/>.

European Consortium for Emergency Contraception: Updated recommendation on LNG dosages and higher BMI and weights (2022).

Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare. (2023). *Emergency contraception: Clinical guideline* (March 2017, amended July 2023). <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/current-clinical-guidance/emergency-contraception/>.

Festin, M. P. R., Peregoudov, A., Seuc, A., Kiarie, J., & Temmerman, M. (2017). Effect of BMI and body weight on pregnancy rates with LNG as emergency contraception: Analysis of four WHO HRP studies. *Contraception*, 95, 50–54. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2016.08.001>

Glasier, A., Cameron, S. T., Blithe, D., Scherrer, B., Mathe, H., Levy, D., et al. (2011). Can we identify women at risk of pregnancy despite using emergency contraception? Data from randomized trials of ulipristal acetate and levonorgestrel. *Contraception*, 84, 363–367. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.02.009>.

Rodrigues, I., Grou, F., & Joly, J. (2001). Effectiveness of emergency contraceptive pills between 72 and 120 hours after unprotected sexual intercourse. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 184(4), 531–537.

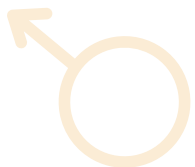
Salcedo, J., Cleland, K., Bartz, D., & Thompson, I. (2023). Society of Family Planning clinical recommendation: Emergency contraception. *Contraception*, 121, 109958. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2023.109958>.

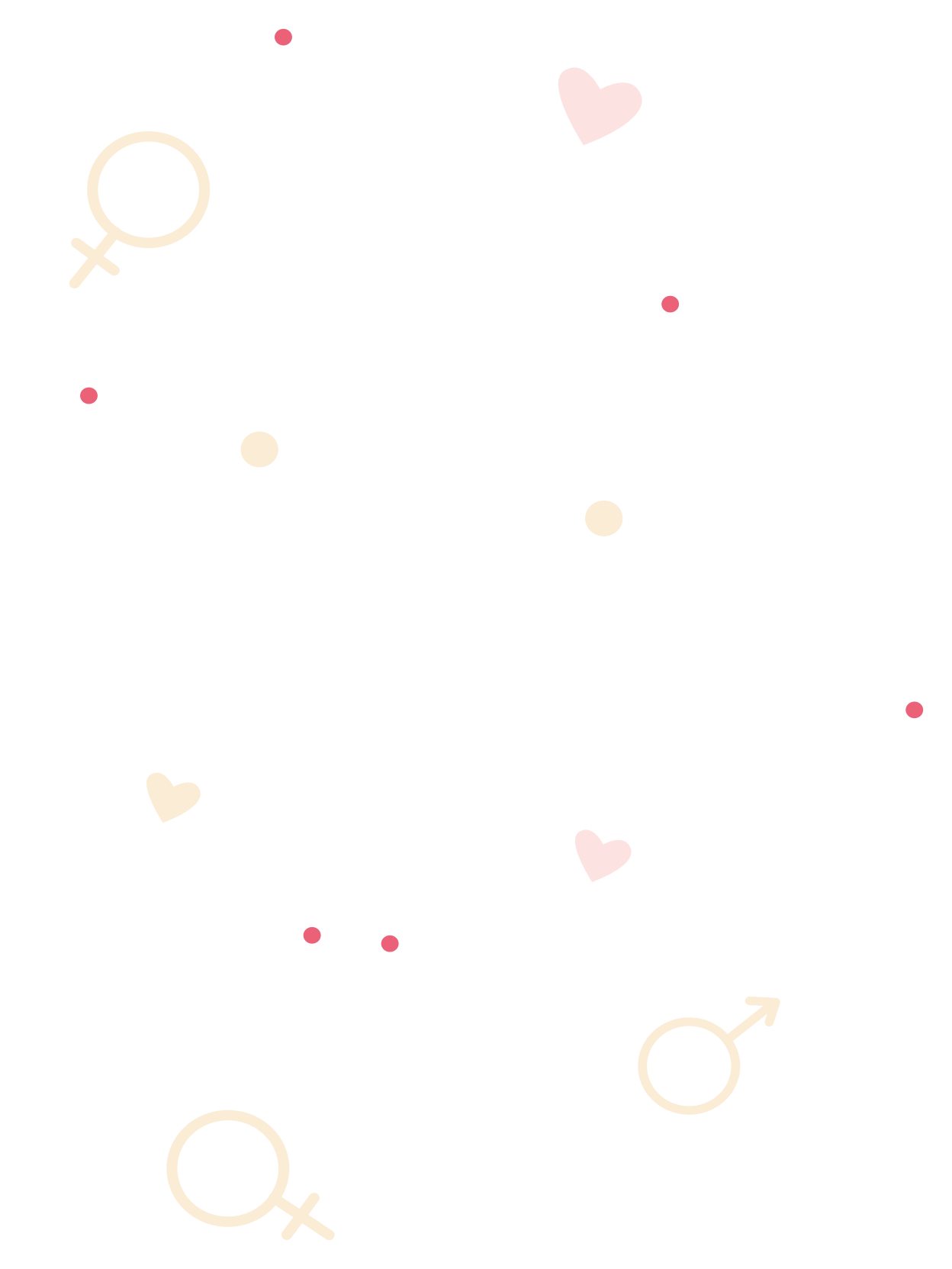
Seetharaman, S., Yen, S., & Ammerman, S. D. (2016). Improving adolescent knowledge of emergency contraception: Challenges and solutions. *Open Access Journal of Contraception*, 7, 161–173. <https://doi.org/10.2147/OAJC.S97075>.

Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC), Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPG), & Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução (SPMR). (2020). *Consensos sobre contraceção*.

Upadhyia, K. K. (2019). Emergency contraception. *Pediatrics*, 144(6), e20193149. <https://doi.org/10.1542/peds.2019-3149>.

U.S. Food and Drug Administration. (2019). FDA communication on levonorgestrel emergency contraceptive effectiveness and weight. <https://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm109775.htm>.





A stylized illustration featuring a hand in shades of red and pink pointing towards a large, light pink speech bubble. The speech bubble contains the text 'CONTRACEÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS' in a pink, hand-drawn font. The background is white and decorated with various symbols: a yellow male symbol (♂) in the top right, a yellow female symbol (♀) in the bottom right, a yellow male symbol (♂) in the bottom left, and several small hearts in pink and yellow. There are also small red dots scattered throughout the composition.

CONTRACEÇÃO
EM SITUAÇÕES
ESPECIAIS



CONTRACEÇÃO EM ADOLESCENTES PORTADORAS DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Maria Rodrigues¹ • Mariana Robalo Cordeiro¹ • Teresa Bombas²

1. Interna da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Unidade Local de Saúde de Coimbra.
2. Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia. Unidade Local de Saúde de Coimbra.
Sociedade Portuguesa da Contraceção.

As adolescentes portadoras de deficiências físicas podem desfrutar de uma vida sexual ativa.

Nas adolescentes portadoras de deficiência física várias preocupações surgem, desde a higiene menstrual até sua vulnerabilidade ao abuso sexual, gravidez indesejada e infeções sexualmente transmissíveis, incluindo o VIH.

É essencial que as necessidades reprodutivas e outros cuidados de saúde em jovens com deficiências sejam geridas sem discriminação.¹

As adolescentes portadoras de deficiência física são geralmente capazes de decidir sobre os seus cuidados de saúde e tratamento da mesma forma que as outras adolescentes, embora possam não ser capazes de se autocuidar e de se proteger fisicamente.² (Quadro 1)

QUADRO 1: Preocupação em adolescentes com deficiência física.

Higiene menstrual
Dismenorreia
Hemorragia uterina abundante (HUA)
Abuso sexual
Risco de IST
Risco de gravidez não desejada

· RECOMENDAÇÕES

Nas adolescentes portadoras de deficiência física todos os métodos de contraceção são elegíveis, mas devem ser tidas em conta algumas considerações sobre o uso de métodos hormonais combinados.^{3,4} (Quadro 2).

1. Aconselhar a melhor opção considerando os benefícios não contraceptivos.
2. Considerar as interações farmacológicas.
3. Considerar a presença de outros fatores de riscos, incluindo imobilização.

QUADRO 2: Considerações sobre uso de contraceção em jovens com deficiência física.

MÉTODO DE CONTRACEÇÃO	VANTAGENS	LIMITAÇÕES/ PROBLEMAS MAJOR
Contraceção hormonal combinada (CHC) (oral, anel, adesivo)	Considerar o uso contínuo para amenorreia induzida	Uso diário/semanal/mensal Risco de TEV (em jovens com imobilização severa) Blister não preparados para leitura em braille
Progestativo oral isolado	Considerar para amenorreia induzida	Sem risco TEV Padrão menstrual não previsível Blister não preparados para leitura em braille

<p>Contraceção injetável</p>	<p>Fácil utilização</p> <p>Amenorreia</p> <p>Pode contribuir para eliminar convulsões cíclicas</p>	<p>Padrão menstrual não previsível</p> <p>O uso prolongado pode estar associado à redução da densidade óssea</p> <p>Assegurar suplementação com vitamina D, ingestão de cálcio</p>
<p>Implante</p>	<p>Fácil utilização</p> <p>Amenorreia</p> <p>Longa duração</p>	<p>Padrão menstrual não previsível</p>
<p>DIU de cobre</p>	<p>Longa duração</p>	<p>Sem benefício na higiene menstrual</p> <p>Sem benefício na dismenorreia e HUA</p> <p>Necessidade de realização de exame ginecológico</p>
<p>DIU Levonorgestrel</p>	<p>Amenorreia</p> <p>Longa duração</p>	<p>Padrão menstrual não previsível</p> <p>Necessidade de realização de exame ginecológico</p>



Laqueação Tubária	Contraceção definitiva	Continuação do quadro 2 Sem benefício na higiene menstrual Sem benefício na dismenorreia e HUA Necessidade de intervenção cirúrgica
-------------------	------------------------	---

Bibliografia

1. **United Nations, H. R.** Information series on sexual and reproductive health and rights contraception and family planning. (2015).
2. **FIGO Committee on Ethical and Professional Aspects of Human Reproduction and Women's Health.** Guideline 049: Ethical issues in the management of severely disabled women with gynecologic problems. In: Chervenak FA, McCullough LB, eds. FIGO Ethics and Professionalism Guidelines for Obstetrics and Gynecology. London: FIGO; 2021: 135–137.
3. **Consenso sobre Contraceção.** SPDC, SPG, SPMR. Versão revista e adotada pela Direção Geral da Saúde. 2023.
4. **U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use,** 2024.



CONTRACEÇÃO EM ADOLESCENTES COM DISTÚRBIOS ALIMENTARES

Mariana Robalo Cordeiro¹ • Maria Rodrigues¹ • Teresa Bombas²

1. Interna da Especialidade de Ginecologia e Obstetrícia. Unidade Local de Saúde de Coimbra.

2. Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia. Unidade Local de Saúde de Coimbra.

Sociedade Portuguesa da Contraceção.

Os distúrbios alimentares incluem um conjunto de doenças como a anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), transtorno da compulsão alimentar (Binge Eating Disorders - BED) e um conjunto de distúrbios alimentares não classificados.^{1,2}

São doenças que surgem em geral na infância e adolescência, com implicações biológicas, psicológicas e sociais.

A etiologia não está esclarecida e a prevalência é muito variável entre os estudos científicos.

Em contraste com as outras doenças mentais os distúrbios alimentares têm uma elevada taxa de mortalidade e de complicações médicas não limitadas à malnutrição e ao comportamento desequilibrado, incluindo alterações cardiovasculares, neurológicas, gastrointestinais, reprodutivas e esqueléticas.

Os ginecologistas estão frequentemente na primeira linha de diagnóstico, pois as alterações menstruais são sintomas iniciais e frequentes. Nas fases graves da AN os ciclos são anovulatórios e as mulheres têm esterilidade.

As mulheres com BN e BED podem ter alterações na fertilidade incluindo abortamentos de repetição. As mulheres em recuperação da AN têm taxas de fertilidade sobreponíveis à população em geral, mas mais elevadas de gravidez não planeada e aborto.³ (Quadro 1).

QUADRO 1: Complicações ginecológicas.

COMPLICAÇÕES GINECOLÓGICAS	ANOREXIA, BULIMIA, BED
Atraso Pubertário	Anorexia: Ausência de caracteres sexuais secundários com um desvio padrão de 2-2,5 anos para a média da população geral (raparigas 13 anos, rapazes 14 anos)
Alterações menstruais	Anorexia: Hipogonadismo hipogonadotrófico secundário, amenorreia Bulimia, BED: Possível perturbações na FSH e LH, oligoamenorreia
Gravidez não planeada	2x mais alta
Síndrome Ovário Poliquístico	Predominantemente na Bulimia e BED
Disfunção sexual	Anorexia: Diminuição da libido, maior ansiedade sexual, diminuição da atividade sexual. Bulimia: Um grande grupo sofre de disfunção sexual crónica. BED: Maior disfunção sexual mesmo em comparação com pacientes obesos BED

· ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO

O aconselhamento contraceutivo nas adolescentes com distúrbios do comportamento alimentar deve, tal como noutras situações, considerar a opção da utente, a alteração do comportamento alimentar e o benefício não contraceutivo.

Nas adolescentes com distúrbios alimentares devem ser privilegiados os métodos de contraceção de longa duração e de contraceção hormonais combinados.^{4,5} (Quadro 2)

MÉTODO	CONSIDERAÇÕES
COC	<p>Pode ser uma opção, mas... esclarecer que ter hemorragia de privação regular não significa controle da doença</p> <p>Precauções se vômitos</p> <p>Escolher formulação com 30 mcg de etinilestradiol ou estrogénios naturais</p>
Anel/transdérmico	<p>Pode ser uma opção, mas... esclarecer que ter hemorragia de privação regular não significa controle da doença</p> <p>Precauções se vômitos</p>

DMPA	Não deve ser uma primeira opção pelo impacto na densidade mineral óssea
LARC (implante, DIU de cobre e LNG)	Deve ser considerado como 1º linha pela eficácia

· BENEFÍCIOS NÃO CONTRACETIVOS DA CH

Amenorreia

São condicionantes de amenorreia em mulheres com distúrbios alimentares o baixo IMC, baixa ingestão calórica e maior nível de exercício.

No entanto, mesmo em jovens com peso normal, os comportamentos de compulsão alimentar e purgação estão independentemente associados a distúrbios menstruais e podem levar a menstruações anormais. Após o início da realimentação, a menstruação normalmente retoma em torno do mesmo peso que quando a menstruação cessou.

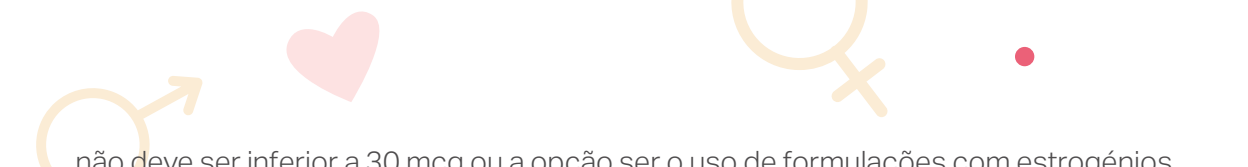
O uso de contraceção hormonal combinada (CHC) para tratar a amenorreia secundária exclusivamente deve ser encarado com prudência. De facto, o retorno da menstruação sem ajuda hormonal é um indicador útil de um peso saudável em pacientes que se recuperam de distúrbios alimentares mascarados pela terapia hormonal.

Osteoporose

As adolescentes com AN também apresentam perda óssea, caracterizada por desmineralização precoce e intensa tanto no osso esponjoso, como na coluna lombar, quanto no osso cortical, como no fémur proximal.

As alterações podem ser detetadas em adolescentes após apenas 6 a 12 meses de doença e a osteoporose pode ser diagnosticada pelo menos de 24 meses depois do início da doença.

A perda óssea predispõe tanto os adultos como os adolescentes a um risco aumentado de fraturas. Na população de adolescentes/mulheres com distúrbios alimentares restritivos, em que a sua opção seja a CHC, a dose de etinilestradiol



não deve ser inferior a 30 mcg ou a opção ser o uso de formulações com estrogénios naturais.

O uso de contraceptivos não fornece proteção total da massa óssea, pelo que deve ser associado a uma abordagem terapêutica global durante a doença e na sua recuperação. para recuperação do peso.^{6,7}

O aconselhamento contraceptivo, deve reger-se pelos mesmos princípios utilizados nas utentes sem doença psiquiátrica: respeito pela autonomia e liberdade de escolha.⁵

Bibliografia

1. **American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5th edn) (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
2. **World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems**, 11th Revision (ICD-11). Geneva: World Health Organization; 2025. <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/en#1412387537>.
3. **MC. Kimmel, E.H. Ferguson, S. Zerwas, C.M. Bulik, S. Meltzer-Brody.** Obstetric and Gynecologic Problems Associated with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders* 49:3 260–275 2016.
4. **Erin H. Sieke and Ellen S. Rome:** Eating disorders in children and adolescents: what does the gynecologist need to know? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016, 28:381–392
5. **Consenso sobre Contraceção. SPDC, SPG, SPMR.** Versão revista e adotada pela Direção-Geral da Saúde. 2023.
6. **Erin H. Sieke and Ellen S. Rome:** Eating disorders in children and adolescents: what does the gynecologist need to know? *Curr Opin Obstet Gynecol* 2016, 28:381–392.
7. **Laurent Maïmoun, and et al.** Oral contraceptives partially protect from bone loss in young women with anorexia nervosa *Fertility and Sterility*®Vol.111,No.5,May20190015-0282/\$36.00.



CONTRACEÇÃO EM ADOLESCENTES COM PERTURBAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INTELECTUAL

Filomena Sousa¹ • Inês Lima Santos²

1. Assistente Graduada de Ginecologia /Obstetrícia ULS S. José, Sociedade Portuguesa da Contraceção.
2. Interna de formação específica ginecologia e obstetrícia ULS S. José.

O termo Perturbação do Desenvolvimento Intelectual (PDI) tem sido cada vez mais utilizado como substituto os termos Atraso ou Deficiência mental (DSM-5).

A PDI tem maior repercussão na capacidade intelectual do que na sexualidade e é importante reconhecer o direito das pessoas com PDI a usufruir da sua sexualidade.

A expressão da sexualidade pode contribuir para uma melhor integração social e menor agitação.

As adolescentes com PDI são frequentemente consideradas vulneráveis, assexuadas ou hipersexuadas, pelos pais, professores e profissionais de saúde, sendo excluídas de programas de educação sexual e limitadas na possibilidade de uma vivência plena da sua sexualidade.

A educação sexual pode desenvolver a capacidade de autoproteção, de distinguir uma sedução de uma manifestação afetiva, de perceber uma situação de perigo e até de denunciar um abuso sexual.

É necessário apoio familiar, social e das instituições para permitir o desenvolvimento da sexualidade, minimizando os riscos de gravidez, infeções e abuso sexual.

Nesta população é frequente algum grau de dificuldade na higiene menstrual, que é possível melhorar com a educação e com a contraceção.



· RECOMENDAÇÕES

Todos os métodos contraceptivos reversíveis são elegíveis nas adolescentes com PDI tendo em conta quatro princípios fundamentais:

- Não maleficiência (dever de não causar dano).
- Justiça (acesso igual para todos).
- Beneficiência (promover o bem).
- Autonomia (consentimento informado).

A escolha do método contraceptivo deve ter em conta:

- Critérios de elegibilidade.
- Menor risco para a integridade física.
- Efeitos acessórios benéficos (alívio da dismenorreia, redução do fluxo menstrual).
- Facilitar a higiene menstrual.
- Não ser dependente da própria.
- Menor risco de interação com outra medicação, nomeadamente os antiandrogénios, antiepiléticos e indutores enzimáticos.

QUADRO 1: Considerações sobre uso de contraceção em jovens com PDI.

MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO	VANTAGENS	LIMITAÇÕES/ PROBLEMAS MAIOR
CHC (oral, anel vaginal, adesivo)	Benefícios não contraceptivos Considerar o uso contínuo para amenorreia induzida	Uso diário/semanal/mensal Dificuldade na colocação do anel vaginal Risco de TEV (em jovens com impotência funcional dos membros inferiores)
PO	Possibilidade de amenorreia induzida	Sem risco TEV Padrão menstrual não previsível
Acetato Medroxiprogesterona	Fácil utilização Amenorreia Pode contribuir para eliminar convulsões cíclicas	Padrão menstrual não previsível nos primeiros meses O uso prolongado pode estar associado à redução da densidade óssea Assegurar suplementação com vitamina D, ingestão de cálcio
Implante	Fácil utilização Amenorreia LARC	Padrão menstrual não previsível Eventual necessidade de sedação para remoção ou substituição

<p>DIU de cobre</p>	<p>LARC. Sem interação medicamentosa</p>	<p>Sem benefício na higiene menstrual. Sem benefício na dismenorreia e HUA Necessidade de realização de exame ginecológico Eventual necessidade de sedação para colocação, remoção ou substituição</p>
<p>DIU Levonorgestrel</p>	<p>Redução do fluxo/ Amenorreia. LARC Sem interação medicamentosa</p>	<p>Padrão menstrual não previsível Necessidade de realização de exame ginecológico Eventual necessidade de sedação para colocação, remoção ou substituição</p>
<p>Laqueação Tubária</p>	<p>Contraceção definitiva</p>	<p>Contraceção definitiva Sem benefício na higiene menstrual Sem benefício na dismenorreia e HUA Necessidade de intervenção cirúrgica sob anestesia geral Necessidade de autorização judicial</p>

De acordo com Código Deontológico da Ordem dos Médicos:

A atuação dos médicos deve ter sempre como finalidade a defesa dos melhores interesses dos doentes, com especial cuidado relativamente aos doentes incapazes de comunicarem a sua opinião, entendendo-se como melhor interesse do doente a decisão que este tomaria de forma livre e esclarecida caso o pudesse fazer. (Capítulo III, art. 21º, nº4).

Os métodos de esterilização irreversível, laqueação tubária e vasectomia, só são passíveis de ser permitidos a pedido do próprio e com o seu expresso consentimento pleno, após esclarecimentos detalhados sobre os riscos e sobre a irreversibilidade destes métodos (Capítulo VI, Art. 66º, nº1).

É expressamente vedada aos médicos a prática de métodos de esterilização irreversíveis por solicitação do Estado ou outras partes terceiras, ou de qualquer outra forma sem consentimento plenamente livre e informado do doente, prestado nos termos do nº1 deste artigo.

Em casos de menores ou incapazes, os métodos de esterilização irreversíveis só devem ser executados após pedido devidamente fundamentado no sentido de evitar graves riscos para a sua vida ou saúde dos seus filhos hipotéticos e, sempre, mediante prévio parecer do Conselho Nacional de Ética e Deontologia da Ordem dos Médicos (Capítulo V, Art. 74º).

Bibliografia

Paransky, O. e Zurawin, R. Menstruation and contraception in Retarded Adolescents. *J.Pediatr Adolesc Gynecol* 2003; 16: 223-35.

Eastgate, G. Sexual health for people with intellectual disability. *Salud Publica Mex* 2008; 50: S255-59.

Pharm, H. In the patient's best interest? Revisiting sexual autonomy and sterilization of the developmentally disabled. *West J Med* 2001; 175:280-83.

Diekema, DS. Involuntary sterilization of persons with mental retardation: an ethical analysis. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Res Rev* 2003; 9:21-6.

Servais, L. et al., Sterilisation of intellectually disabled women. *Eur Psychiatry* 2004; 19: 428-32.

Caralis, D. et al., Permanent sterilization of mentally disabled individuals: A case study. *Surgery* 2009; 146:959-63.

Review Article: Sexual and Reproductive Health Care for Women with Intellectual Disabilities: A Primary Care Perspective 2013.

Cynthia Holland-Hall, MD, MPH, Elisabeth H. Quint, MD; *Sexuality and Disability in Adolescents*; 2016.

Baines et al. Sexual activity and sexual health among young adults with and without mild/moderate intellectual disability" 2018.

Código deontológico da Ordem dos Médicos <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/707-2016-75007439>.



CONTRACEÇÃO EM PESSOAS TRANSGÊNERO, LÉSBICAS E BISEXUAIS

Marta Plancha¹ • Sofia Brás¹

1. Interna de Formação Específica ULS S. José.

• PESSOAS TRANSGÊNERO

A identidade de género consiste na sensação interna e persistente de pertencer a um género (feminino, masculino ou outro), sendo determinada pela perceção individual e não pelo sexo biológico.¹


Pessoas cisgénero têm congruência entre o sexo biológico e a identidade de género, enquanto pessoas transgénero ou trans não se identificam com o sexo atribuído ao nascimento.¹⁻⁵ As pessoas com sexo biológico feminino podem identificar-se com um amplo espectro de géneros.² O termo transmasculino (TM) é um termo abrangente para descrever pessoas de sexo biológico feminino que se identificam dentro do espectro do género masculino.^{6,7} É importante enfatizar que a orientação sexual é totalmente independente da identidade de género.¹

Pessoas trans com útero e anexos que tenham atividade sexual com um parceiro fértil com pénis, têm necessidades contraceptivas que devem ser abordadas.^{4,6,8-11} Para além disso, os adolescentes TM também podem beneficiar de um método contraceptivo por outras razões, como supressão menstrual, melhoria dos sintomas pré-menstruais ou dismenorria.^{4,6,9,12,13,14-16} A menstruação pode ser vista pelos adolescentes TM como “associada ao corpo feminino” e causar disforia significativa, assim como a sua gestão (uso de pensos, tampões, ou copos menstruais).^{11,17} Todos os métodos contraceptivos disponíveis para adolescentes cisgénero podem ser usados em homens-trans ou outras pessoas transgénero com sexo feminino atribuído ao nascimento, desde que se cumpram os mesmos critérios de elegibilidade.

Os profissionais de saúde devem discutir a eficácia, facilidade de uso, vantagens, desvantagens e os benefícios não contraceptivos dos vários métodos disponíveis (Quadro 1).

O preservativo é o único método contraceptivo que simultaneamente previne a transmissão de infeções sexualmente transmissíveis, pelo que promover o uso do mesmo é de extrema importância.¹

Relativamente à terapêutica hormonal com testosterona ou com agonistas da hormona



libertadora de gonadotrofinas (GnRHa), é importante saber que, mesmo que provoquem amenorreia, não devem ser considerados métodos contraceptivos eficazes. O seu efeito supressor no eixo hipotálamo-hipófise-ovário pode ser incompleto, podendo ocorrer ciclos ovulatórios.^{4,6,10,14,16,18-20}

Além disso, a testosterona tem efeitos teratogênicos conhecidos, o que aumenta a necessidade de prevenir gravidezes não planejadas. Até o momento, não há evidências de que o uso de testosterona ou GnRHa seja uma contraindicação para qualquer método contraceptivo, pelo que podem ser oferecidos todos os métodos contraceptivos aos adolescentes trans a fazer esta medicação.¹

O uso concomitante de estrogênios e testosterona levanta a preocupação teórica do risco acrescido de trombo. Recomenda-se cautela antes de iniciar contraceção hormonal combinada (CHC), devendo ser tidas em conta as comorbidades e hábitos do adolescente, uma vez que CHC está associada a maior risco de tromboembolismo venoso e a testosterona pode aumentar o hematócrito.^{9,12,13}

Em caso de relações sexuais desprotegidas com risco de gravidez, a contraceção de emergência deve ser oferecida na mesma posologia utilizada para as adolescentes cisgênero.¹

QUADRO 1: Resumo dos métodos contraceptivos disponíveis para adolescentes TM, indicando algumas vantagens e desvantagens de cada método nesta população. Adaptado de Albuquerque Brás S, *et al.* (2024).

MÉTODOS DE CONTRACEÇÃO	VANTAGENS	DESvantagens
Contraceptivos hormonais combinados (CHC)	<p>Alguns progestativos são mais androgénicos (ex: levonorgestrel, gestodeno, norgestrel)</p> <p>Não requer um procedimento pélvico</p> <p>Pode causar amenorreia se tomado em regime contínuo</p>	<p>Estrogénio pode ser visto por alguns TM como "hormona feminina"</p> <p>Risco de tromboembolismo venoso associado ao estrogénio</p> <p>Toma/aplicação frequente</p> <p>O anel vaginal pode aumentar a disforia</p>
Pílula progestativa	<p>Sem estrogénio</p> <p>Drospirenona é mais antiandrogénica</p> <p>Pode causar amenorreia secundária</p> <p>Não requer um procedimento pélvico</p>	<p>Toma frequente</p> <p>Padrão de hemorragia imprevisível, quando associado à administração de testosterona, geralmente é alcançada amenorreia</p>

<p>Medroxiprogesterona</p>	<p>Sem estrogénio</p> <p>Provável causar amenorreia secundária</p> <p>Não requer um procedimento pélvico</p>	<p>Padrão menstrual não previsível nos primeiros meses</p> <p>O uso prolongado pode estar associado à redução da densidade óssea</p> <p>Assegurar suplementação com vitamina D, ingestão de cálcio</p>
<p>Implante subcutâneo de etonogestrel</p>	<p>Sem estrogénio</p> <p>Altamente eficaz</p> <p>Longa duração e reversível</p> <p>Não requer um procedimento pélvico</p>	<p>Padrão de hemorragia imprevisível, quando associado à administração de testosterona, geralmente é alcançada amenorreia</p>
<p>Dispositivo intra-uterino (DIU) de Levonorgestrel</p>	<p>Sem estrogénio</p> <p>Altamente eficaz</p> <p>Longa duração e reversível</p>	<p>Requer um procedimento pélvico para a inserção</p>
<p>DIU de cobre</p>	<p>Não hormonal</p> <p>Altamente eficaz</p> <p>Longa duração e reversível</p>	<p>Requer um procedimento pélvico para a inserção</p> <p>Indivíduos que não estão sob testosterona têm risco de aumento do fluxo menstrual e dismenorreia</p>
<p>Métodos barreira</p>	<p>Não hormonais</p> <p>Preservativos – únicos métodos que previnem ISTs</p>	<p>Elevada taxa de falha quando utilizados como único método contraceutivo</p>



· LÉSBICAS

Sem risco de gravidez, mas devem ser alertadas que existe risco de transmissão de infecções sexuais.

O preservativo é o único método contraceptivo que simultaneamente previne a transmissão de infecções sexualmente transmissíveis.²¹

Na população lésbica, a opção disponível é o preservativo interno. As adolescentes podem encontrar dificuldades na sua obtenção, uma vez que o acesso a este método não é generalizado.

O aconselhamento contraceptivo; deve ser oferecido a todas as pessoas férteis, pois não se pode excluir possíveis mudanças na orientação sexual auto-relatada.

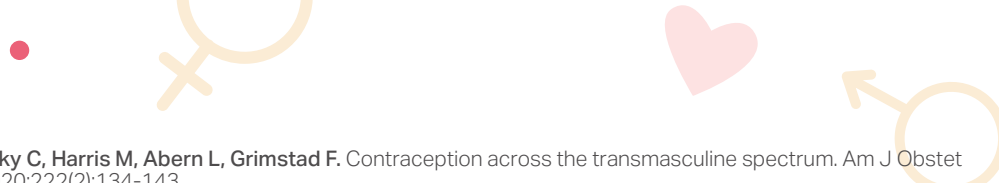
· BISSEXUAIS

Possuem risco de gravidez se tiverem atividade sexual com um parceiro fértil com pénis.

O aconselhamento contraceptivo deve ser oferecido de acordo com as preferências e necessidades da pessoa, não havendo nenhum que seja à partida mais indicado para esta população.

Bibliografia

1. **Albuquerque Brás S, Isidro Amaral P, Machado A**, Contraception in transgender people who were assigned a female sex at birth – A Narrative Review, *European Gynecology and Obstetrics*. 2024; 2024/02:070-074.
2. **T'Sjoen G, Arcelus J, De Vries ALC, et al**. European Society for Sexual Medicine Position Statement “Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction”. *J Sex Med*. 2020;17(4):570–584.
3. **Brandt J, Patel A, Marshall I, Bachmann GA**. Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. *Maturitas*. 2019;128:17–21.
4. **Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al**. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *Int J Transgend Health*. 2022;23(Suppl 1):S1-S259.
5. **Growing recognition of transgender health**. *Bull World Health Organ*. 2016 Nov 1;94(11):790-791.

- 
6. **Krepasky C, Harris M, Abern L, Grimstad F.** Contraception across the transmasculine spectrum. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;222(2):134-143.
 7. **Stark B, Hughto JMW, Charlton BM, Deutsch MB, Potter J, Reisner SL.** The contraceptive and reproductive history and planning goals of trans-masculine adults: a mixed-methods study. *Contraception.* 2019;100(6):468-473.
 8. **ACOG Committee Opinion No. 823,** Health Care for Transgender and Gender Diverse Individuals: Correction. *Obstet Gynecol.* 2022;139(2):345.
 9. **Okano SHP, Pellicciotta GGM, Braga GC.** Contraceptive Counseling for the Transgender Patient Assigned Female at Birth. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2022;44(9):884-890.
 10. **Faculty of Sexual and Reproductive Health.** FSRH CEU Clinical Statement: Contraceptive Choices and Sexual Health for Transgender and Non-Binary People. London: FSRH; 2017.
 11. **Kanj RV, Conard LAE, Corathers SD, Trotman GE.** Hormonal contraceptive choices in a clinic-based series of transgender adolescents and young adults. *Int J Transgend.* 2019;20(4):413-420.
 12. **Bonnington A, Dianat S, Kerns J, et al.** Society of Family Planning clinical recommendations: Contraceptive counseling for transgender and gender diverse people who were female sex assigned at birth. *Contraception.* 2020;102(2):70-82.
 13. **Mancini I, Alvisil S, Gava G, Seracchioli R, Meriggliola MC.** Contraception across transgender. *Int J Impot Res.* 2020;33(7):710-719.
 14. **Schwartz AR, Russell K, Gray BA.** Approaches to vaginal bleeding and contraceptive counseling in transgender and gender nonbinary patients. *Obstet Gynecol.* 2019;134(1):81-90.
 15. **Light A, Wang L, Zeymo A, Gomez-Lobo V.** Family planning and contraception use in transgender men. *Contraception.* 2018;98(4):266-269.
 16. **Paradise S, Landis C, Klein D.** **Evidence-Based Contraception:** Common Questions and Answers. *Am Fam Physician.* 2022;106(3):251-259.
 17. **Lowik AJ.** "Just because I don't bleed, doesn't mean I don't go through it": Expanding knowledge on trans and non-binary menstruators. *Int J Transgend Health.* 2021;22(1-2):113-125.
 18. **Taub R, Ellis S, Neal-Perry G, Magaret AS, Prager SW, Micks EA.** The effect of testosterone on ovulatory function in transmasculine individuals. *Am J Obstet Gynecol.* 2020;223(2):229.e1-229.e8.
 19. **Mehringer J, Dowshen N.** Sexual and reproductive health considerations among transgender and gender-expansive youth. *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care.* 2019;49(9):100684.
 20. **Rodriguez-Wallberg K, Obedin-Maliver J, Taylor B, Van Mello N, Tilleman K, Nahata L.** Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *Int J Transgend Health.* 2022;24(1):7-25.
 21. **Hoke T, Stone KM, Steiner MJ, Warner L.** Internal (formerly female) condoms. UpToDate, 2025. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/internal-formerly-female-condoms?search=feminine%20condom&source=search_result&selectedTitle=2%7E150&usage_type=default&display_rank=2, acessado em fevereiro de 2025.



CONTRACEÇÃO EM ADOLESCENTES COM SÍNDROME DO OVÁRIO POLIQUÍSTICO

Pedro Viana Pinto

Assistente Hospitalar Ginecologia e Obstetria ULS S. João, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

Afeta aproximadamente 10-13% das mulheres em idade reprodutiva, sendo a endocrinopatia mais comum na mulher.¹

Os critérios de Roterdão são os mais aceites para o seu diagnóstico, incluindo hiperandrogenismo clínico ou laboratorial, disfunção de ovulação e ovários policísticos em ecografia ginecológica (presença de 2 destes 3 critérios).²

Na adolescência, este diagnóstico deve ser feito de forma diferente, sendo mais difícil, uma vez que há sobreposição entre alterações fisiológicas e patológicas (ovários multifolículos com aspeto policístico em ecografia, disfunção ovulatória, hiperandrogenismo). É fundamental distinguir a imaturidade fisiológica do eixo hipotálamo-hipófise-ovário da disfunção ovulatória do SOP.


Assim, na adolescência são critérios obrigatórios de diagnóstico apenas a disfunção ovulatória e o hiperandrogenismo.

São critérios para diagnóstico de disfunção ovulatória nas adolescentes:²

- Ciclos <21 ou >45 dias 1 a 3 anos após a menarca.
- Ciclos <21 ou >35 dias ou menos de 8 ciclos por ano, >3 anos após a menarca
- Qualquer ciclo >90 dias >1 ano após a menarca.

Na presença de irregularidades menstruais, o diagnóstico de SOP deve ser considerado. No 1º ano após a menarca não deve haver qualquer avaliação de irregularidades menstruais uma vez que estas são expectáveis.

Na adolescência a presença de acne é muito comum; o hirsutismo pode ser menos óbvio clinicamente, mas é considerado o melhor marcador clínico de hiperandrogenismo nesta faixa etária. Devem ser considerados para diagnóstico de hiperandrogenismo apenas hirsutismo e acne moderados a severos.



A ecografia não deve ser usada para diagnosticar ovários policísticos, uma vez que estes podem estar presentes em 30-40% das adolescentes saudáveis, bem como pelo facto da maioria das ecografias ginecológicas serem efetuadas por via transabdominal. Os níveis de hormona anti Mülleriana também não devem ser usados para diagnóstico nesta população, uma vez que não estão devidamente validados.²

Pode estar associada a insulinoresistência, obesidade, síndrome metabólico, doença cardiovascular, depressão e patologia psiquiátrica e carcinoma do endométrio. As adolescentes sem diagnóstico estabelecido, mas com características que sugiram a doença devem ser consideradas como estando em risco de SOP e ser reavaliadas ciclicamente.

· CONTRACEÇÃO (QUADRO 1)

Aplicam-se os critérios de elegibilidade comuns a todas as mulheres; devem ser avaliadas as comorbilidades associadas e atuar conforme estas. A contraceção hormonal combinada é uma opção terapêutica mesmo em mulheres sem necessidade de contraceção, pelos benefícios que apresenta nestas doentes (tratamento dos sintomas de hiperandrogenismo e proteção endometrial).

A contraceção com progestativos, não sendo eficaz no tratamento de sintomas de hiperandrogenismo pode ser útil num contexto de proteção endometrial em mulheres com contraindicação ou que recusem contraceptivos hormonais combinados (adolescentes com disfunção metabólica importante e ciclos anovulatórios persistentes com maior risco de hiperplasia endometrial).

A contraceção hormonal combinada é considerada um tratamento de primeira linha nas mulheres com SOP, adequada para adolescentes com doença e em risco de SOP.²

Todos os CHC reduzem os níveis de androgénios livres circulantes:

- Bloqueio da produção de androgénios a nível do ovário / suprarrenal.
- Reduzem a atividade da 5 alfa redutase.
- Aumento da SHBG com conseqüente diminuição de androgénios livres em circulação. Atendendo às características dos progestativos comercializados em Portugal, poderá haver ainda algum benefício teórico (ainda que a evidência científica não seja clara) na seleção dos que apresentam atividade anti-androgénica (acetato de ciproterona, dienogeste, drospirenona, acetato de clormadinona). Aparentemente não há vantagem na utilização de CHC com 30 mcg de EE vs 20 mcg de EE no tratamento do SOP. No entanto, nas adolescentes mais jovens

ou com IMC <18 Kg/m² devemos dar preferência às formulações com 30 mcg de etinilestradiol por terem menor impacto na densidade mineral óssea.

O contraceptivo com 35 mcg de EE e acetato de ciproterona deve ser considerado de segunda linha nestas doentes quando comparado com outros contraceptivos; este contraceptivo é o que apresenta melhores resultados no tratamento de hirsutismo e hiperandrogenismo bioquímico de acordo com uma revisão sistemática com meta-análise.³

Os contraceptivos com estrogénios naturais aparentemente apresentam melhor perfil metabólico e menor risco tromboembólico que os com etinilestradiol, porém não existem dados significativos da sua utilização nesta patologia em específico. No entanto, de acordo com as mais recentes recomendações baseadas em evidência publicadas em 2023, estes podem ser considerados em doentes com SOP pelo seu perfil metabólico favorável.²

Adolescentes em tratamento com anti-androgénicos devem efetuar contraceção eficaz, quer para maximizar a eficácia terapêutica quer pelo risco de feminização de um feto geneticamente masculino em caso de gravidez.

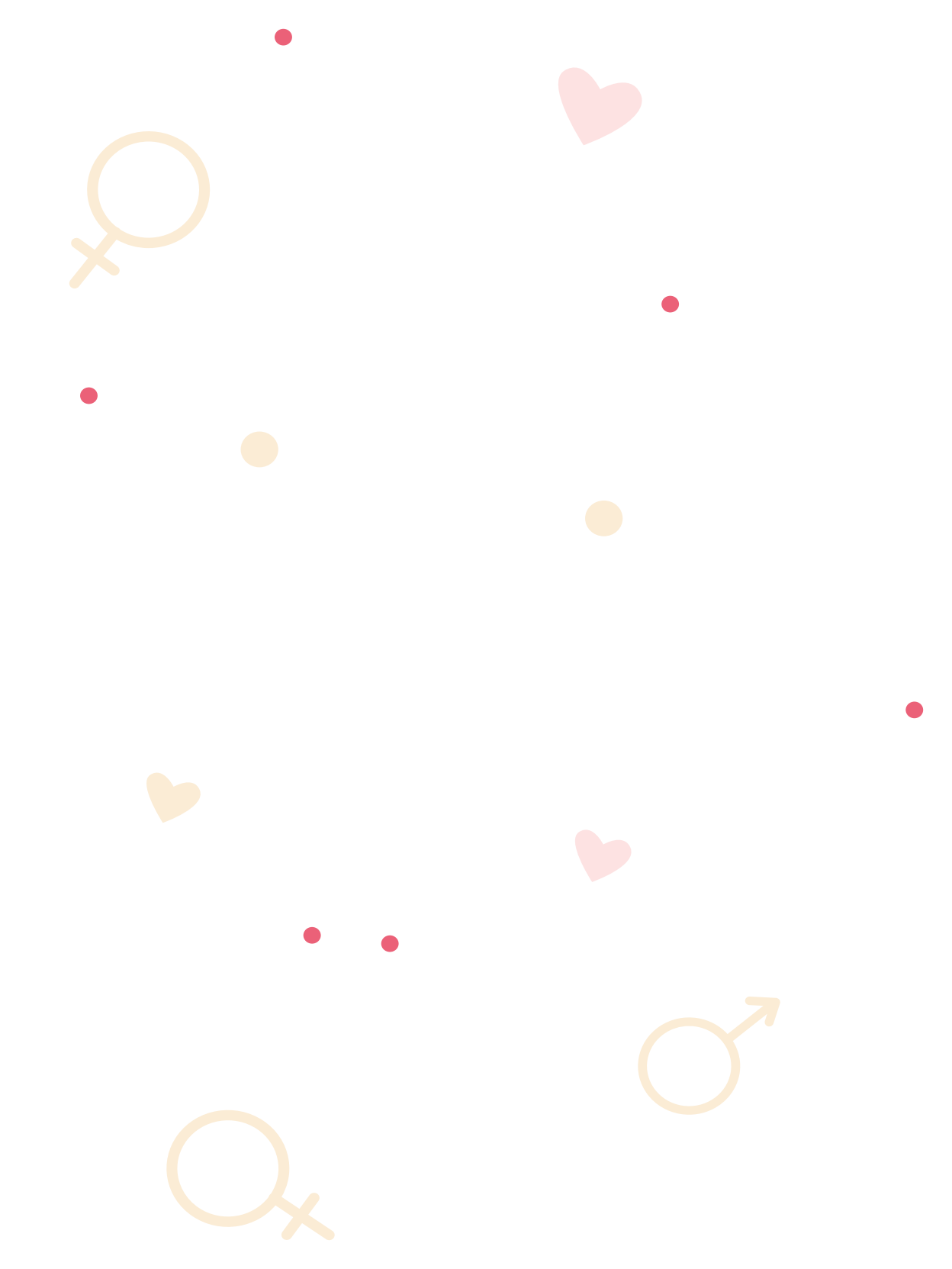
QUADRO 1:

MÉTODO	CONSIDERAÇÕES
COC Anel/transdérmico	<p>Tratamento de hiperandrogenismo</p> <p>Hemorragia de privação regular não significa controle da doença</p> <p>Avaliação de contra-indicações formais!</p> <p>Nas adolescentes mais jovens ou com IMC <18 Kg/m² ponderar formulações com 30 mcg de etinilestradiol</p> <p>EE com 35 mcg/acetato de ciproterona como tratamento de segunda linha</p>

<p>Progestativo oral</p>	<p>Método contraceptivo adequado</p> <p>Sem controlo de sintomas de hiperandrogenismo</p> <p>Se previamente com CHC, pode surgir agravamento de hiperandrogenismo</p>
<p>DMPA</p>	<p>Pode ter impacto na densidade mineral óssea</p>
<p>LARC (implante, DIU de cobre e LNG)</p>	<p>Eficácia contraceptiva</p> <p>Implante pode ter acne como efeito lateral (até 15% dos casos)</p> <p>Se previamente com CHC, pode causar agravamento de hiperandrogenismo</p>

Bibliografia

1. **Stener-Victorin E, Teede H, Norman RJ, Legro R, Goodarzi MO, Dokras A, et al.** Polycystic ovary syndrome. *Nat Rev Dis Primers.* 2024;10(1):27.
2. **Teede HJ, Tay CT, Laven JJE, Dokras A, Moran LJ, Piltonen TT, et al.** Recommendations From the 2023 International Evidence-based Guideline for the Assessment and Management of Polycystic Ovary Syndrome. *J Clin Endocrinol Metab.* 2023;108(10):2447-69.
3. **Forslund M, Melin J, Alesi S, Piltonen T, Romualdi D, Tay CT, et al.** Different kinds of oral contraceptive pills in polycystic ovary syndrome: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Endocrinol.* 2023;189(1):S1-S16.



A red hand with a pink nail is pointing towards a blue speech bubble. The speech bubble contains the text 'INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS COM A CONTRACEÇÃO HORMONAL'. The background is white with scattered decorative elements: a pink heart in the top left, a yellow male symbol in the bottom left, a yellow female symbol in the bottom right, and several small red and yellow dots.

INTERAÇÕES
FARMACOLÓGICAS
COM A CONTRACEÇÃO
HORMONAL



INTERAÇÕES FARMACOLÓGICAS COM A CONTRACEÇÃO HORMONAL

Fátima Palma

Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetrícia ULS S. José, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

No aconselhamento contraceutivo é fundamental considerar que os níveis séricos e a eficácia das hormonas contraceptivas podem ser alterados pela utilização concomitante de outras drogas e o uso de contraceptivos hormonais também pode alterar o nível sérico de outros medicamentos em utilização.

Os profissionais de saúde devem sempre questionar sobre a medicação em curso incluindo automedicação e suplementos dietéticos.

· A EFICÁCIA CONTRACETIVA PODE SER AFETADA POR 2 MECANISMOS

Interações farmacocinéticas:

Drogas que alteram a absorção, distribuição, metabolismo e excreção do contraceutivo, alteram a biodisponibilidade e potencialmente a eficácia do contraceutivo.

As modificações na absorção tem potencialmente influência na eficácia da contraceção oral combinada (COC) enquanto a modificação na distribuição, metabolismo e eliminação influenciam todos os contraceptivos hormonais (CH).

Interações farmacodinâmicas:

Drogas que influenciam diretamente a ação clínica do contraceutivo (por efeito sinérgico ou antagonista).

· INTERAÇÕES FARMACOCINÉTICAS COM A CONTRACEÇÃO HORMONAL/POR GRUPOS DE FÁRMACOS

Antiepilépticos

Diminuem a eficácia CH (indutores enzimáticos)	Sem efeito na eficácia CH (inibidores enzimáticos)	Sem efeito na eficácia CH (sem efeito na indução enzimática)
Carbamazepina Fenitoína Fenobarbital Primidona Oxcarbazepina Rufinamida Felbamate Topiramato >200 mg/dia ^b	Todos os contraceptivos são elegíveis Valproato de sódio	Todos os contraceptivos são elegíveis Gabapentina Lamotrigina ^a Levetiracetam Pregabalina Tiagabina Vigabatrin Benzodiazepinas

^a O etinilestradiol acelera o metabolismo da droga, pelo que o uso concomitante diminui a dose em circulação do medicamento, devendo ser preconizado o uso contínuo do contraceptivo.

^b Fraco indutor na dose de 200 mg dia.

As mulheres sob uso de um fármaco indutor enzimático que interfere com a eficácia da CH (oral, transdérmica, vaginal) devem ser aconselhadas a utilizar métodos de contraceção alternativos ou ao uso de medidas contraceptivas adicionais (preservativo feminino ou masculino), durante o período de toma do fármaco e durante 28 dias após a sua suspensão.

Os níveis hormonais do acetato de medroxiprogesterona 150mg são substancialmente mais elevados do que os necessários para bloquear a ovulação pelo que se espera que o uso simultâneo de indutores hormonais não interfira na sua eficácia contraceptiva (apesar de não existirem estudos farmacodinâmicos que o demonstrem) (Categoria 1).

Não parece existir alteração significativa do efeito contraceptivo do SIU com 52 mg de LNG e do implante com etonogestrel durante o uso de fármacos indutores enzimáticos (Categoria 2).

O DIU é um método elegível nas situações de utilização simultânea de fármacos indutores enzimáticos (Categoria 2).

Psicotrópicos

Drogas Psicotrópicas	Efeito na eficácia da CH
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina: Fluoxetina, Citalopram, Escitalopram e Sertalina	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Inibidores seletivos da recaptção da serotonina e norepinefrina: Venlafaxina e Duloxetina	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Antidepressivos tricíclicos: Clomipramina, Imipramina, Amitriptilina e Mirtazapina	Dúvidas sobre a interferência na eficácia

Inibidores seletivos da recaptação da dopamina: Bupropiona	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Benzodiazepinas orais	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Erva de São João	Diminuição da eficácia CH

Os estudos científicos são limitados, mas tendem a demonstrar que o uso de antidepressivos (inibidores da recaptação da serotonina e inibidores da recaptação da serotonina e noradrenalina) não interferem com o metabolismo hepático e com a eficácia dos CH (Categoria 1).

A evidência científica é inconsistente sobre a interferência dos antidepressivos tricíclicos e inibidores da monoamina oxidase, usados no tratamento da depressão crónica refratária, na eficácia dos CH (Categoria 2), pelo que se sugere considerar o uso de contraceção intrauterina nestas utentes.^{1,4-6}

Antimicrobianos

Antimicrobianos	Efeito na Eficácia da CH
Antibióticos de largo espectro	Sem efeito
Rimfampicina ou Rifabutina	Diminuição da eficácia CH
Antifúngicos (griseofulvina)	Diminuição da eficácia CH
Antiparasitários	Sem efeito

Não existe evidência científica suficiente de interação dos antibióticos (exceto rifampicina) com a contraceção hormonal (CH). Não existe ciclo entero-hepático para os progestativos na sua forma ativa, pelo que alterações da flora intestinal não afetam a eficácia contracetiva.

Nas mulheres sob utilização de rifampicina e rifabutina, o uso de COC, PO, transdémico e anel é Categoria 3. No entanto, o risco relativo de gravidez nas mulheres utilizadoras de CH sob terapêutica com rifampicina é desconhecido. As mulheres devem ser informadas do risco de interação farmacológica, mas nenhum método deve ser negado. Na ausência de estudos científicos, o uso de implante é Categoria 1 e 2. O uso de contraceção intrauterina é Categoria 1 para as mulheres com tuberculose não pélvica.

Os dados sobre a rifabutina são limitados e o efeito sobre o metabolismo dos COC parece ser menor.

O uso de griseofulvina interfere com a eficácia contracetiva dos CH orais, transdémico, anel e implante (Categoria 3). O uso de contraceção intrauterina é Categoria 1.^{1,2,7}

Antiretrovirais

Droga	Efeito na eficácia da CH
<p data-bbox="139 1042 501 1103">Nucleosídeos inibidores da transcriptase reversa (NRTIs)</p> <ul data-bbox="209 1136 433 1356" style="list-style-type: none">Abacavir (ABC)Tenofovir (TDF)Zidovudina (AZT)Lamivudina (3TC)Didanosina (DDI)Emtricitabina (FTC)Stavudina (D4T)	<p data-bbox="652 1169 1093 1230">Sem efeito significativo Todos os contracetivos são elegíveis</p>

<p>Não nucleosídeos inibidores transcriptase reversa (NNRTIs)</p> <p>Efavirenze (EFV) Etravirine (ETV) Nevirapina (NVP) Rilpivirine (RVP)</p>	<p>Efavirenze e Nevirapina:</p> <p>Os estudos de farmacocinética demonstram uma diminuição dos níveis de progestativo da CHC, PO e implante, no entanto a taxa de gravidez não foi diferente das mulheres não utilizadoras destes TARV</p> <p>A OMS e o CDC consideram o uso destes contraceptivos com o Efavirenza ou a Nevirapina isolados ou em associação como Categoria 2</p> <p>Etravirine e a Rilpivirina não interfere com a CH</p>
<p>Inibidores da protease</p> <p>Atazanavir-Ritonavir (ATV/r) Lopinavir- Ritonavir (LPV/r) Danuravir-Ritonavir (DRV/r)</p>	<p>Ritonavir diminui a eficácia da CH (não sendo afetada a eficácia com DMPA) categoria 2</p>
<p>Inibidores da integrase (INSTIs)</p> <p>Raltegravir (RAL) Elvitegravir/cobicistat (EVG/c) Dolutegravir (DTG)</p>	<p>Sem efeito significativo</p> <p>Todos os contraceptivos são elegíveis</p>

Drogas utilizadas na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais

Droga	Efeito na eficácia da CH
<p>Aminosalicilatos</p> <p>Sulfasalazina, Mesalamina, Balsalazida</p>	<p>Sem efeito significativo</p> <p>Todos os contraceptivos são elegíveis</p>
<p>Metotrexato</p>	<p>Sem efeito significativo</p> <p>Todos os contraceptivos são elegíveis</p>
<p>Azatioprina</p>	<p>Sem efeito significativo</p> <p>Todos os contraceptivos são elegíveis</p>

Continuação do quadro Drogas utilizadas na terapêutica das doenças inflamatórias intestinais

Ciclosporina	Sem efeito significativo O EE pode potenciar o efeito hepatotóxico da ciclosporina EE e os progestagenios podem aumentar os níveis séricos de Ciclosporina O risco de hipercaliémia pode ser potenciado pelo uso de CH com drospirenona
Tacrolimus, Sirolimus	Sem efeito significativo O EE pode aumentar os níveis de Tacrolimus O risco de hipercaliémia pode ser potenciado pelo uso de CH com drospirenona
Ribavirina	Sem efeito significativo Todos os contraceptivos são elegíveis
Micofenolato	Pode interferir com a eficácia da CH (oral, transdérmico, vaginal)
Prednisolona	O EE e os progestativos podem aumentar os níveis séricos de prednisolona

· DRÓGAS QUE ALTERAM O PH GÁSTRICO: ANTIÁCIDOS, ANTAGONISTAS H₂, INIBIDORES DA BOMBA DE PRÓTONS

Todos os contraceptivos são elegíveis.

Potencial diminuição do efeito contraceptivo do AUP. Ponderar o uso de outro método de CE (LNG; DIU de cobre).¹



· DROGAS QUE INDUZAM VÔMITOS OU DIARREIA: ORLISTAT

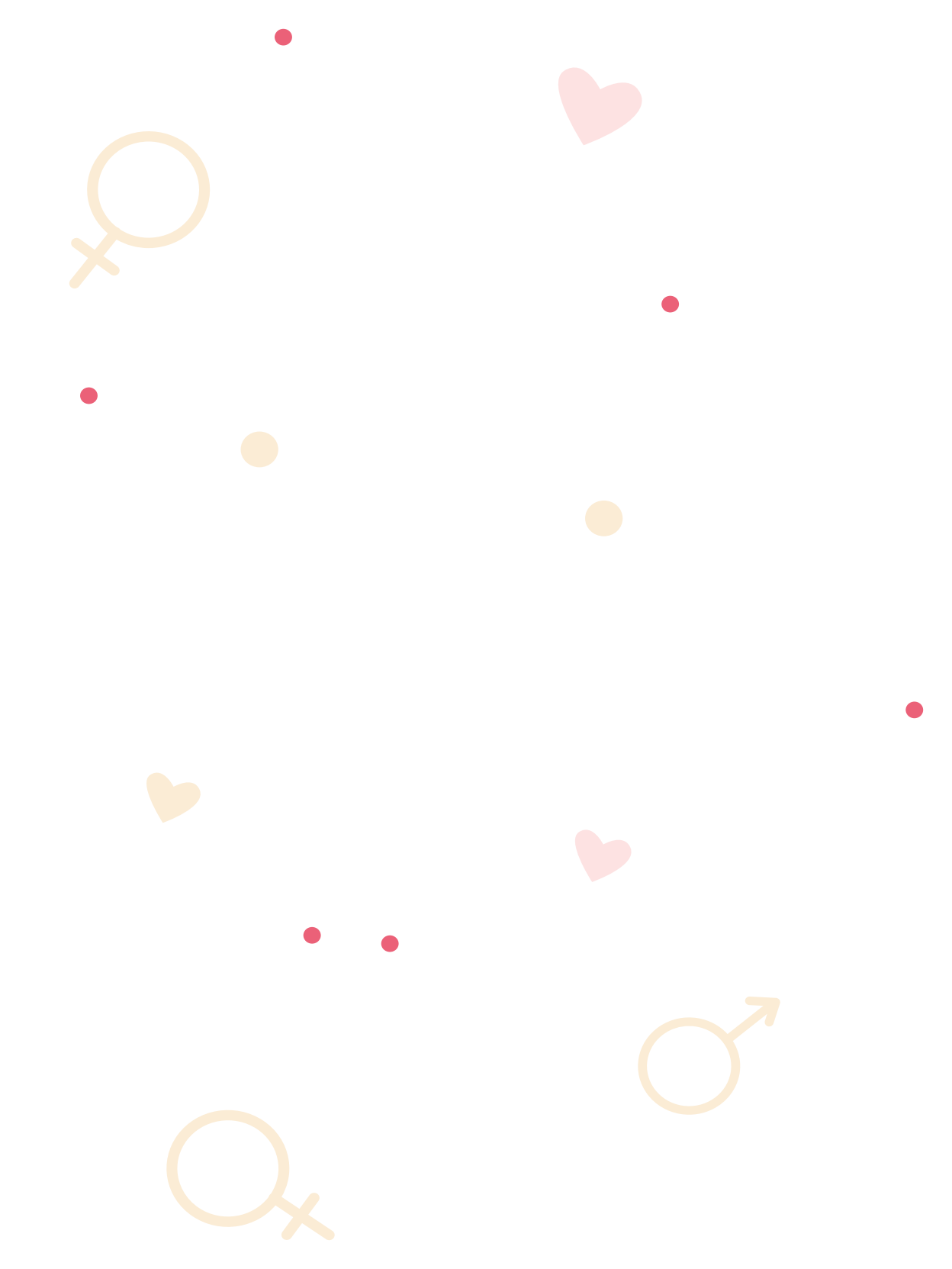
Considerar o uso de métodos não orais.

· DROGAS QUE INFLUENCIAM DIRETAMENTE A AÇÃO CLÍNICA DO CONTRACETIVO (POR EFEITO SINÉRGICO OU ANTAGONISTA): ACETATO DE ULIPRISTAL (AUP).

AUP na contraceção de emergência (CE): a eficácia terapêutica é alterada se ocorrer o uso simultâneo de um contraceptivo hormonal (regime *Quick-Start* de início de contraceção hormonal), recomendando-se o início da CH 5 dias após o uso de CE com AUP.

Bibliografia

1. **FSRH. Clinical Guidance:** Drug Interactions with Hormonal Contraception Drug Interactions with Hormonal Contraception. 7, 1–12 (2017).
2. **ACOG.** Clinical Management Guidelines for Obstetrician/Gynecologists: Use of hormonal contraception in women with coexisting medical conditions. *Obstetrics & Gynecology* 133, 128–150 (2019).
3. **Reimers, A., Brodtkorb, E. & Sabers, A.** Interactions between hormonal contraception and antiepileptic drugs: Clinical and mechanistic considerations. *Seizure* 28, 66–70 (2015).
4. **Berry-Bibee, E. N. et al.** Drug interactions between hormonal contraceptives and psychotropic drugs: a systematic review. *Contraception* 94, 650–667 (2016).
5. **Hall, K. S., Steinberg, J. R., Cwiak, C. A., Allen, R. H. & Marcus, S. M.** Contraception and mental health: a commentary on the evidence and principles for practice. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 212, 740–746 (2015).
6. **Berry-Bibee, E. N., Kim, M. J., Tepper, N. K., Riley, H. E. M. & Curtis, K. M.** Co-administration of St. John's wort and hormonal contraceptives: a systematic review. *Contraception* 94, 668–677 (2016).
7. **Simmons, K. B., Haddad, L. B., Nanda, K. & Curtis, K. M.** Drug interactions between rifamycin antibiotics and hormonal contraception: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 125, 804–811 (2018).
8. **Simmons, K. B., Haddad, L. B., Nanda, K. & Curtis, K. M.** Drug interactions between non-rifamycin antibiotics and hormonal contraception: a systematic review. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 218, (Elsevier Inc., 2018).
9. **Pyra, M. et al.** HHS Public Access Author manuscript Effectiveness of Hormonal Contraception in HIV-Infected Women using Antiretroviral Therapy: A Prospective Study. 29, 2353–2359 (2016).
10. **Patel, R. C., Bukusi, E. A. & Baeten, J. M.** Current and future contraceptive options for women living with HIV. *Expert Opinion on Pharmacotherapy* 19, 1–12 (2018).
11. **Sridhar, A., Cwiak, C. A., Kaunitz, A. M. & Allen, R. H.** Contraceptive Considerations for Women with Gastrointestinal Disorders. *Digestive Diseases and Sciences* 62, 54–63 (2017).
12. International Consortium for emergency contraception & FIGO. Clinical Summary: Emergency contraceptive pills Emergency Contraception STATEMENT. (2018).
13. **Houtchens, M. K., Zapata, L. B., Curtis, K. M. & Whiteman, M. K.** Contraception for women with multiple sclerosis: Guidance for healthcare providers. *Multiple Sclerosis Journal* 23, 757–764 (2017).



The image features a central blue speech bubble containing the text 'INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA'. A red fist is shown holding the bottom right corner of the bubble. The background is white and decorated with various icons: a pink heart in the top left, a yellow heart in the top right, a yellow male symbol in the top right, a yellow female symbol in the bottom right, a yellow male symbol in the bottom left, and a pink heart in the bottom center. There are also several small red dots scattered across the page.

INFEÇÕES DE
TRANSMISSÃO SEXUAL
NA ADOLESCÊNCIA



INFEÇÕES DE TRANSMISSÃO SEXUAL NA ADOLESCÊNCIA

Ana Rita Mateus¹ • Guida Gomes² • Amália Pacheco³

1. Interna Formação Específica Ginecologia e Obstetrícia ULS Algarve.

2. Assistente Hospital Graduada Ginecologia/Obstetrícia ULS S. José, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

3. Assistente Hospitalar Graduada Ginecologia/Obstetrícia ULS Algarve, Sociedade Portuguesa da Contraceção.

· INTRODUÇÃO

As infeções de transmissão sexual (IST) podem ser causadas por vários tipos de agentes patogénicos transmitidos por contacto sexual de variada natureza, incluindo vaginal, anal e oral.

Estas infeções representam um importante problema de saúde pública com elevado impacto socioeconómico, pela significativa morbilidade e mortalidade que provocam em indivíduos maioritariamente jovens.

De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a incidência destas infeções está a aumentar em todo mundo, estimando-se que as IST em jovens entre 15 e 24 anos representem quase metade dos 26 milhões de novas IST que ocorreram nos Estados Unidos em 2018 (WHO, 2021).


Nesta faixa etária a IST viral mais comum é a infeção pelo papilomavírus humano (HPV) e a IST bacteriana mais frequente é a infeção por clamídia.

Outras infeções comuns em adolescentes incluem a gonorreia, sífilis, tricomoníase e infeção por vírus do herpes simplex (HSV).

· FATORES DE RISCO

Comportamentais:

- Múltiplos parceiros sexuais, novos parceiros, parceiros simultâneos ou parceiros com vários outros parceiros.

- 
- Fazer sexo com pessoa com pênis.
 - Uso inconsistente de preservativos.
 - Consumo de álcool e outras drogas.
 - Duche retal ou enemas para preparação para sexo anal receptivo (quebra na barreira da mucosa retal).
 - Classes sociais com menor poder aquisitivo e menos incentivo social na educação.
 - Experiências adversas na infância, incluindo maus-tratos, abuso sexual e tráfico sexual.
 - IST anteriores.

Biológicos:

- Ectopia cervical ou imaturidade (maior suscetibilidade a organismos sexualmente transmissíveis, como *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis* e HPV).
- Alterações do microbioma vaginal.

· RASTREIO

A maioria das infecções por clamídia e gonococos são assintomáticas ou minimamente sintomáticas, mas quando não tratadas podem levar a complicações sérias, incluindo doença inflamatória pélvica, infertilidade, complicações da gravidez ou dor pélvica crônica.

A sua elevada prevalência e potencial para complicações graves realçam a importância e justificam a realização de esforços concertados no âmbito do rastreio de IST na adolescência.

Recomendações de rastreio de IST em adolescentes sexualmente ativas (CDC, 2021):

Infeção genital por *C. trachomatis* - rastreio anual:

- Teste de Amplificação de Ácidos Nucleicos (NAAT) em amostra da primeira urina da manhã ou exsudado vaginal ou endocervical.

Infeção genital por *N. gonorrhoeae* - rastreio anual:

- NAAT de exsudado vulvovaginal ou endocervical ou urina.



Infeção por VIH - rastreio anual ou com maior frequência em casos de alto risco:

- Pesquisa de anticorpos anti-VIH no sangue.

Infeção por vírus da hepatite B (VHB), pelo menos uma vez se a imunidade ainda não tiver sido documentada com vacinação:

- Pesquisa do antígeno de superfície do VHB (AgHBs) no sangue.

Infeção pelo vírus da hepatite C (VHC), pelo menos uma vez ou com maior frequência para aqueles com alto risco de infeção:

- Pesquisa de anticorpos para o vírus da hepatite C no sangue.

Em caso de fatores de risco específicos, devem ser ainda considerados os seguintes rastreios adicionais:

- Rastreio retal de clamídia.
- Rastreio retal e/ou faríngeo de gonorreia.
- Rastreio para sífilis ou *T. vaginalis*.

Mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM) e mulheres que fazem sexo com mulheres e homens (MSMH) não devem ser assumidas como tendo menor risco de IST com base na sua orientação sexual.

O rastreio de IST deverá ser sempre conduzido de acordo com as recomendações e com base numa discussão aberta acerca dos fatores de risco sexuais e comportamentais individuais.

O rastreio de IST em pessoas transgénero ou de género diverso deve levar em consideração as práticas sexuais e a anatomia do indivíduo.

· TERAPÉUTICA

As recomendações que se seguem têm por base as orientações do CDC - *Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021*.

C. trachomatis:

Esquema recomendado:

- Doxiciclina 100 mg VO, 2 vezes por dia, durante 7 dias.

Esquema alternativo:

- Azitromicina 1 g VO em dose única ou levofloxacina 500 mg VO por dia, durante 7 dias.



Na gravidez:

- Azitromicina 1 g VO em dose única ou amoxicilina 500 mg VO 3 vezes por dia, durante 7 dias.

Parceiros sexuais:

- Todos os parceiros sexuais (60 dias anteriores), devem ser encaminhados para avaliação e tratamento.

N. gonorrhoeae:

Esquema recomendado:

- Ceftriaxone 500 mg IM, dose única.
- Se infecção por clamídia não foi excluída: Doxíciclina 100 mg VO, 2 vezes por dia, durante 7 dias.

Esquema alternativo:

- Gentamicina 240 mg IM, em dose única + azitromicina 2 g VO, em dose única.
- Cefixima 800 mg VO, em dose única.

Gravidez:

- Ceftriaxona 500 mg IM, em dose única.

Parceiros sexuais:

- Todos os parceiros sexuais (60 dias anteriores) devem ser encaminhados para avaliação e tratamento.

Herpes genital:

Terapêutica no primeiro episódio de manifestação clínica:

- Aciclovir 400 mg VO, 3 vezes por dia, durante 7-10 dias.
- Fanciclovir 250 mg VO, 3 vezes por dia, durante 7-10 dias.
- Valaciclovir 1 g VO, 2 vezes por dia, durante 7-10 dias.

Terapêutica para recorrências (a duração depende do tipo de herpes e da situação clínica):

- Aciclovir 400 mg VO, 2 vezes por dia.
- Fanciclovir 250 mg VO, 2 vezes por dia.
- Valaciclovir 500 mg VO, 1 vez por dia.
- Valaciclovir 1 g VO, 1 vez por dia.



Parceiros sexuais:

- Se sintomáticos, devem ser avaliados e tratados de acordo com os esquemas terapêuticos apresentados. Se assintomáticos, devem ser questionados acerca de uma história de sintomas genitais e ser oferecidos testes serológicos.

Tricomoniase:

Esquema recomendado:

- Metronidazol 500 mg VO, 2 vezes por dia, durante 7 dias.

Esquema alternativo:

- Tinidazole 2 g VO, em dose única.

Parceiros sexuais:

- Devem ser testados e tratados.

· PREVENÇÃO

O preservativo é o único método contraceptivo que permite a prevenção primária de IST. Recomendar a utilização de preservativo, reforçar o ensino do seu uso correto e facilitar o acesso ao método são estratégias fundamentais na prevenção de IST em adolescentes.

A infeção por HPV é extremamente comum em mulheres jovens na primeira década de atividade sexual. Embora o preservativo ofereça alguma proteção contra a sua transmissão, essa proteção é incompleta.

Assim, e de acordo com as recomendações da Organização Mundial da Saúde, se ainda não tiver sido realizada, a vacinação para o HPV é fortemente recomendada no grupo dos adolescentes com vista a reduzir significativamente o risco de infeções por HPV e prevenir assim, não só o cancro do colo do útero, mas também outros tipos de cancro.

A prevenção primária da hepatite B é também possível através da vacinação. Em Portugal, o Plano Nacional da Vacinação inclui a administração desta vacina no período neonatal.

· SEGUIMENTO

- O teste de cura para detetar falha terapêutica (4 semanas após a conclusão da terapêutica) está recomendado apenas para mulheres grávidas, casos de má adesão terapêutica, persistência de sintomas ou suspeita de reinfeção.
- A maioria das infeções pós-tratamento não resultam de falha no tratamento, mas



sim de reinfeção, causada pela falha de tratamento dos parceiros sexuais ou por atividade sexual com um novo parceiro infetado.

- Infecções de repetição associam-se a maior risco de doença inflamatória pélvica e outras complicações em mulheres.
- Mulheres tratadas para clamídia devem ser testadas novamente ao fim de 3 meses. Se não for possível, o teste pode ser repetido sempre que a mulher procure cuidados médicos <12 meses depois do tratamento inicial.

· RECOMENDAÇÕES

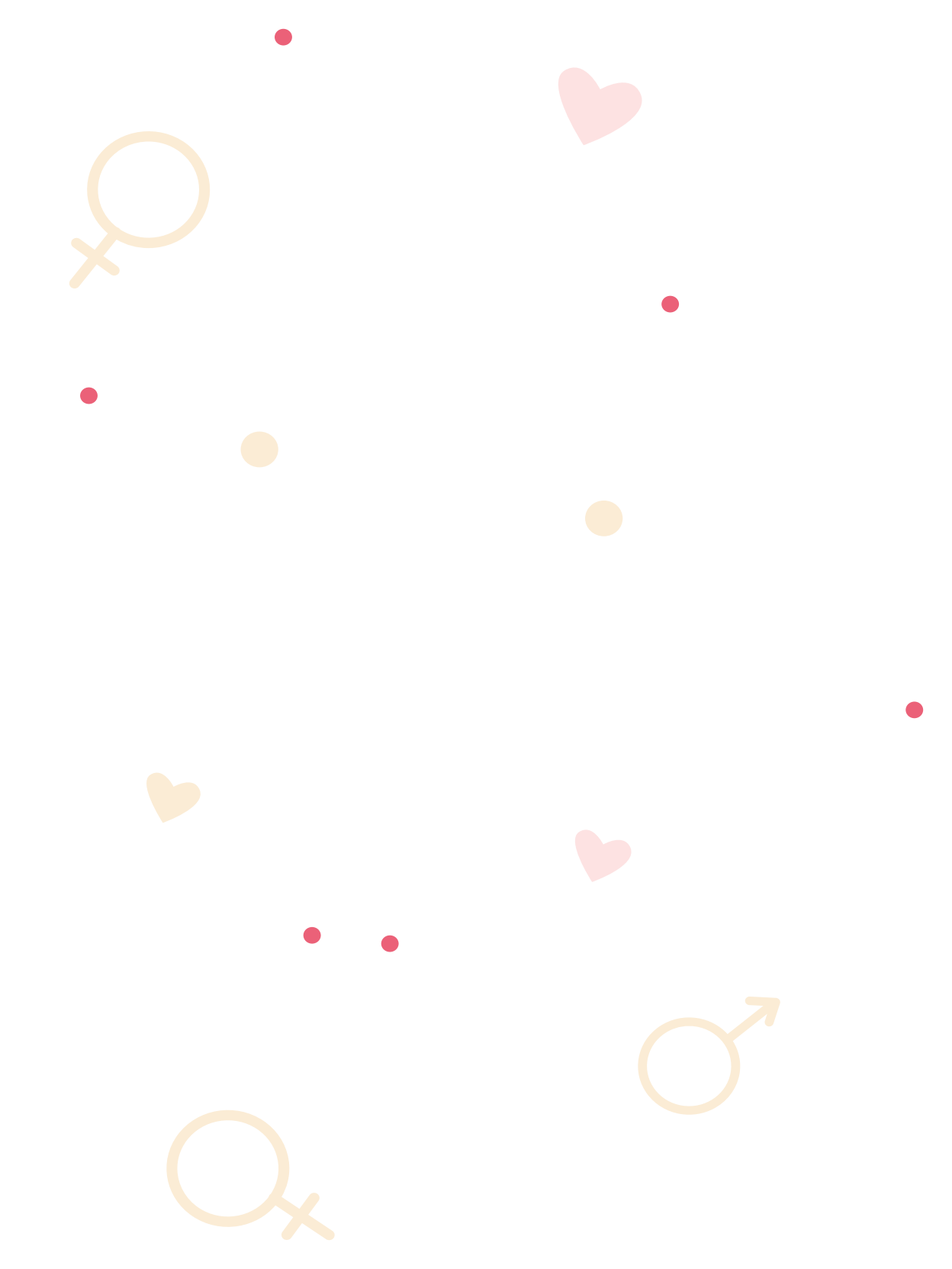
Algumas IST são de declaração obrigatória (clamídia, gonorreia, sífilis e VIH).


A abordagem das IST deve basear-se em cinco estratégias principais:

1. Avaliação precisa do risco e aconselhamento adequado de pessoas em risco para alteração de fatores modificáveis.
2. Vacinação pré-exposição para IST evitáveis por vacina.
3. Identificação de indivíduos assintomáticos e indivíduos com sintomas associados a uma IST.
4. Diagnóstico, tratamento, aconselhamento e acompanhamento eficazes de indivíduos infetados.
5. Avaliação, tratamento e aconselhamento de parceiros sexuais.

Bibliografia

1. **National overview of STIs in 2023.** Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/sti-statistics/annual/summary.html>.
2. **SS Preventive Services Task Force.** Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, et al. Screening for Chlamydia and Gonorrhea: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2021;326(10):949.
3. **Kohl KS, Markowitz LE, Koumans EH.** Developments in the screening for Chlamydia trachomatis: a review. Obstet Gynecol Clin North Am. 2003;30(4):637.
4. **Hazra A, Collison MW, Davis AM.** CDC sexually transmitted infections treatment guidelines, 2021. JAMA. 2022;327(9):870.
5. **Public Health Agency of Canada.** Canadian guidelines on sexually transmitted infections. <http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti-IST/>.
6. **Emerging and reemerging sexually transmitted infections.** New England Journal of Medicine. 2020;383(8):793–5.





LEGISLAÇÃO NA
ÁREA DA SAÚDE
SEXUAL E REPRODUTIVA NA
ADOLESCÊNCIA



LEGISLAÇÃO VIGENTE NO ÂMBITO DA SAÚDE E DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS

Neste capítulo encontra-se a legislação em vigor relacionada com a saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes. Está ordenada por ordem cronológica de publicação.

Lei n.º 3/84 de 24 de março Educação sexual e planeamento familiar

Assembleia da República decreta, nos termos dos artigos 164.º, alínea d), e 169.º, n.º 2, da Constituição, o seguinte:

ARTIGO 1.º

(Direito à educação sexual e de acesso ao planeamento familiar)

1 - O Estado garante o direito à educação sexual, como componente do direito fundamental à educação.

2 - Incumbe ao Estado, para proteção da família, promover, pelos meios necessários, a divulgação dos métodos de planeamento familiar e organizar as estruturas jurídicas e técnicas que permitam o exercício de uma maternidade e paternidade conscientes.

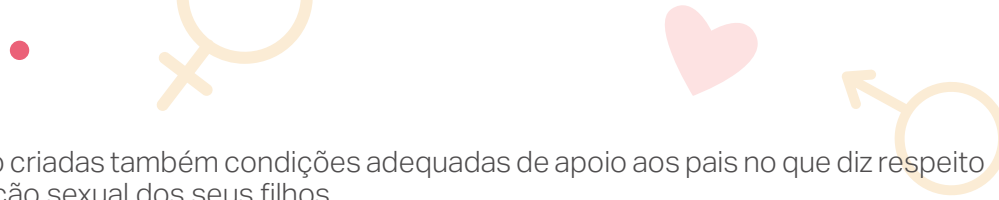
ARTIGO 2.º

(Educação sexual dos jovens)

1 - O dever fundamental de proteger a família e o desempenho da incumbência de cooperar com os pais na educação dos filhos cometem ao Estado a garantia da educação sexual dos jovens através da escola, das organizações sanitárias e dos meios de comunicação social.

2 - Os programas escolares incluirão, de acordo com os diferentes níveis de ensino, conhecimentos científicos sobre anatomia, fisiologia, genética e sexualidade humanas, devendo contribuir para a superação das discriminações em razão do sexo e da divisão tradicional de funções entre mulher e homem.

3 - Será dispensada particular atenção à formação inicial e permanente dos docentes, por forma a dotá-los do conhecimento e da compreensão da problemática da educação sexual, em particular no que diz respeito aos jovens.



4 - Serão criadas também condições adequadas de apoio aos pais no que diz respeito à educação sexual dos seus filhos.

ARTIGO 3.º

(Objeto do planeamento familiar)

1 - O direito de se informar e de ser informado sem impedimentos nem discriminações inclui o livre acesso aos conhecimentos científicos e sociológicos necessários à prática de métodos salutareos de planeamento familiar e ao exercício de uma maternidade e paternidade responsáveis.

2 - O planeamento familiar tem por objeto proporcionar aos indivíduos e aos casais informações, conhecimentos e meios que lhes permitam uma decisão livre e responsável sobre o número de filhos e o intervalo entre o seu nascimento.

3 - Os métodos de planeamento familiar constituem instrumento privilegiado de defesa da saúde das mães e dos filhos, de prevenção do aborto e de defesa da saúde e da qualidade de vida dos familiares.

ARTIGO 4.º

(Conteúdo do planeamento familiar)

1 - O planeamento familiar postula ações de aconselhamento genético e conjugal, de informação de métodos e fornecimento de meios de contraceção, tratamento da infertilidade e prevenção de doenças de transmissão sexual e o rastreio do cancro genital.

2 - São do foro pessoal e conjugal as opções sobre meios e métodos contraceptivos.

ARTIGO 5.º

(Centros e meios de consulta sobre planeamento familiar)

1 - É assegurado a todos, sem discriminações, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar.

2 - Com esse objetivo, o Estado promoverá a cobertura progressiva do território nacional com meios de consulta sobre planeamento familiar, implantados em todos os centros e postos de saúde, bem como nos serviços de ginecologia e obstetrícia de todos os hospitais, com pessoal devidamente habilitado.

3 - As autarquias e as comunidades em que as consultas sobre planeamento familiar se inserem participam ativamente na difusão dos métodos de planeamento familiar,



em estreita colaboração com os centros, postos e outras estruturas de saúde.

ARTIGO 6.º

(Gratuidade das consultas sobre planeamento familiar)

1 - As consultas sobre planeamento familiar e os meios contraceptivos proporcionados por entidades públicas são gratuitos.

2 - As informações e os conselhos prestados devem ser objetivos e baseados exclusivamente em dados científicos.

3 - Só pode ser recusada pelos serviços de planeamento familiar a utilização de um determinado método de contraceção com base em razões de ordem médica devidamente fundamentadas.

ARTIGO 7.º

(Divulgação de métodos e meios de planeamento familiar)

1 - É dever do Estado e demais entidades públicas, designadamente as autarquias e as empresas públicas de comunicação social, promover e praticar periodicamente, com sentido pedagógico, informação eficaz sobre a existência e as vantagens dos métodos e meios de planeamento familiar, bem como sobre os locais, os horários e o regime de funcionamento dos respetivos centros de consulta.

2 - É dever especial dos serviços de saúde, da Comissão da Condição Feminina e das associações de proteção da família colaborar em ações e campanhas de divulgação dos métodos e meios de planeamento familiar.

3 - A informação prestada nos termos dos números anteriores deve respeitar os princípios consignados no n.º 2 do artigo 6.º e promover a assunção consciente e responsável de opções em matéria de planeamento familiar.

ARTIGO 10.º

(Esterilização voluntária)

1 - A esterilização voluntária só pode ser praticada por maiores de 25 anos, mediante declaração escrita devidamente assinada, contendo a inequívoca manifestação de vontade de que desejam submeter-se à necessária intervenção e a menção de que foram informados sobre as consequências da mesma, bem como a identidade e a assinatura do médico solicitado a intervir.

2 - A exigência do limite de idade constante do n.º 1 é dispensada nos casos em que



a esterilização é determinada por razões de ordem terapêutica.

ARTIGO 13.º

(Centros de atendimento de jovens)

1 - O Estado e as autarquias incentivarão a instalação de centros de atendimento de jovens, em que o planeamento familiar constitua uma valência obrigatória.

2 - Nas localidades onde não existam centros de atendimento de jovens poderão estes dirigir-se aos centros de consulta sobre planeamento familiar, onde serão acolhidos e informados tendo em conta o seu grau de desenvolvimento físico e psicológico, bem como as interrogações por eles formuladas, a situação e os problemas por eles expostos.

3 - Os centros de atendimento de jovens, bem como os centros de consulta sobre planeamento familiar, agindo por si ou em substituição daqueles, prestarão às famílias e aos estabelecimentos de ensino a colaboração que lhes for solicitada.

ARTIGO 15.º

(Dever de sigilo profissional)

Os funcionários dos centros de consulta sobre planeamento familiar e dos centros de atendimento de jovens ficam sujeitos à obrigação de sigilo profissional sobre o objeto, o conteúdo e o resultado das consultas em que tiverem intervenção e, em geral, sobre atos ou factos de que tenham tido conhecimento no exercício dessas funções ou por causa delas.


Portaria nº 52/85, de 26 de janeiro Aprova o Regulamento das Consultas de Planeamento Familiar e Centros de Atendimento para jovens

Artigo 2.º

Âmbito das consultas de planeamento familiar

As consultas de planeamento familiar abrangerão:

- A prestação de informação aos indivíduos e aos casais que lhes permitam uma decisão livre e responsável sobre o número de filhos e o intervalo entre o seu nascimento;
- O fornecimento de informações objetivas, baseadas em dados científicos, sobre todos os métodos contraceptivos naturais e artificiais, por forma a permitir uma escolha adequada à convicção pessoal de cada utente;

- 
- c) O acompanhamento técnico dos utentes, qualquer que seja o método contraceptivo escolhido;
 - d) A informação sobre as vantagens para a saúde da mulher, da criança e da família, do espaçamento dos nascimentos, e de estes se darem no período ótimo da idade reprodutiva da mulher;
 - e) A identificação e orientação dos casais com problemas de infertilidade;
 - f) O fornecimento de meios contraceptivos;
 - g) A prestação de informações sobre a adoção de menores em colaboração com os serviços especializados nestas ações.

Artigo 3.º

Centros de atendimento para jovens

São criados centros de atendimento para jovens nos centros de saúde e hospitais a implantar inicialmente a nível regional e progressivamente nas restantes estruturas de saúde, na medida em que a preparação dos profissionais necessários ao seu funcionamento o permita.

Artigo 4.º

Atribuição dos centros de atendimento para jovens

Nos centros de atendimento para jovens serão desenvolvidas as seguintes atividades:

- a) Prestação de informações sobre a anatomia e fisiologia da reprodução;
- b) Informação sexual;
- c) Preparação dos jovens para uma vivência correta da sua sexualidade;
- d) Fornecimento de contraceptivos em situações de risco.

Artigo 5.º

Acesso


1 - É assegurado a todos os indivíduos e casais, sem qualquer discriminação, o livre acesso às consultas e outros meios de planeamento familiar.

2 - Terão acesso, sem quaisquer restrições, aos centros de atendimento para jovens e, no caso de estes ainda não existirem, às consultas de planeamento familiar todos os jovens em idade fértil.

Lei n.º 120/99, de 11 de agosto
Reforça as garantias do direito à saúde reprodutiva

Artigo 2.º

Educação sexual



1 - Nos estabelecimentos de ensino básico e secundário será implementado um programa para a promoção da saúde e da sexualidade humana, no qual será proporcionada adequada informação sobre a sexualidade humana, o aparelho reprodutivo e a fisiologia da reprodução, sida e outras doenças sexualmente transmissíveis, os métodos contraceptivos e o planeamento da família, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades e a igualdade entre os géneros.

2 - Os conteúdos referidos no número anterior serão incluídos de forma harmonizada nas diferentes disciplinas vocacionadas para a abordagem interdisciplinar desta matéria, no sentido de promover condições para uma melhor saúde, particularmente pelo desenvolvimento de uma atitude individual responsável quanto à sexualidade e uma futura maternidade e paternidade conscientes.

3 - A educação para a saúde sexual e reprodutiva deverá adequar-se aos diferentes níveis etários, consideradas as suas especificidades biológicas, psicológicas e sociais, e envolvendo os agentes educativos.

4 - Na aplicação do estipulado nos números anteriores deverá existir uma colaboração estreita com os serviços de saúde da respetiva área e os seus profissionais, bem como com as associações de estudantes e com as associações de pais e encarregados de educação.

5 - Nos planos de formação de docentes, nomeadamente os aprovados pelos centros de formação de associações de escolas dos ensinos básico e secundário, deverão constar ações específicas sobre educação sexual e reprodutiva.

Artigo 3.º

1 - Deve ser promovida a criação de um gabinete de apoio aos alunos, que entre outras finalidades a definir pela escola, ouvidas as associações de pais, realizará ações diversas para promoção da educação para a saúde, particularmente sobre sexualidade humana e saúde reprodutiva, em articulação com os serviços de saúde.

2 - Considerando a importância do uso do preservativo na prevenção de muitas das doenças sexualmente transmissíveis, nomeadamente a SIDA, será disponibilizado o acesso a preservativos através de meios mecânicos, em todos os estabelecimentos do ensino superior e nos estabelecimentos de ensino secundário, por decisão dos órgãos diretivos ouvidas as respetivas associações de pais e de alunos.

Artigo 5.º

Atendimento dos jovens



Os jovens podem ser atendidos em qualquer consulta de planeamento familiar, ainda que em centro de saúde ou serviço hospitalar que não seja da área da sua residência.

(Diário da República, 1.^a série- A N.º 240 — 17 de outubro de 2000, 5784-5786)
Decreto-Lei nº 259/2000 de 17 de outubro

As matérias respeitantes à educação sexual, ao planeamento familiar e à saúde reprodutiva têm vindo a merecer, nos últimos anos, particular atenção da sociedade portuguesa, no quadro de uma progressiva afirmação dos direitos cidadãos à educação e à saúde. Acompanhando esta evolução, o Estado vem assumindo, desde 1984, deveres objetivos e promovendo medidas concretas na efetivação desses direitos, reforçando a proteção à maternidade e à paternidade, introduzindo formação e informação sobre sexualidade humana nos currículos escolares, criando consultas de planeamento familiar nos serviços de saúde, fornecendo gratuitamente meios anticoncecionais e desenvolvendo medidas de proteção contra doenças transmitidas por via sexual. (.....)

No desenvolvimento do regime jurídico estabelecido pela Lei nº 120/99, de 11 de agosto, e nos termos das alíneas a) e c) do n.º 1 do artigo 198.º da Constituição, o Governo decreta, para valer como lei geral da República, o seguinte: (.....)

CAPÍTULO II Saúde reprodutiva e planeamento familiar

Artigo 6.º: Consulta de planeamento familiar de referência

1 – Em todos os hospitais com serviço de ginecologia e ou obstetrícia integrados no Serviço Nacional de Saúde devem funcionar consultas de planeamento familiar que constituam referência para os centros de saúde da área de influência, através de protocolos estabelecidos no âmbito das unidades coordenadoras funcionais (UCF) já existentes para as áreas materna e perinatal.

2 – As consultas de planeamento familiar referidas no número anterior devem garantir a prestação de cuidados, nomeadamente:

- a) em situações de risco, designadamente diabetes, cardiopatias e doenças oncológicas;
- b) em situações com indicação para contraceção cirúrgica, mediante laqueação de trompas e vasectomia;
- c) em situações tratadas no serviço de urgência ou com internamento por complicações resultantes de aborto;
- d) A puérperas de alto risco;

e) A adolescentes.

3 – Os hospitais devem assegurar a existência de contraceptivos para distribuição gratuita aos utentes no âmbito das consultas de planeamento familiar.

Artigo 9.º Adolescentes

1 – Os adolescentes são considerados grupo de intervenção prioritária no âmbito da saúde reprodutiva e da prevenção das doenças sexualmente transmissíveis.

2 – Devem ser tomadas medidas que permitam adequar e melhorar as condições de acesso e atendimento dos adolescentes nos centros de saúde e hospitais, quer sejam do sexo feminino quer sejam do sexo masculino.

Lei n.º 16/2007 de 17 de abril

Exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez

Artigo 1.º Alteração do Código Penal

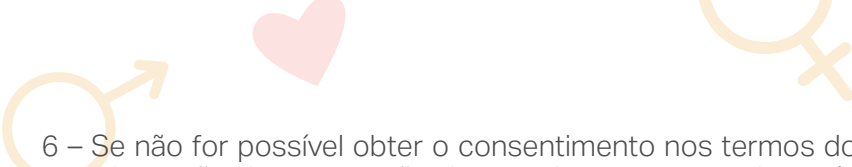
O artigo 142.º do Código Penal, com a redação que lhe foi introduzida pelo Decreto-Lei n.º 48/95, de 15 de março, e pela Lei n.º 90/97, de 30 de julho, passa a ter a seguinte redação «Artigo 142.o [. ..]

1 – Não é punível a interrupção da gravidez efetuada por médico, ou sob a sua direção, em estabelecimento de saúde oficial ou oficialmente reconhecido e com o consentimento da mulher grávida, quando:

- a) constituir o único meio de remover perigo de morte ou de grave e irreversível lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida;
- b) se mostrar indicada para evitar perigo de morte ou de grave e duradoura lesão para o corpo ou para a saúde física ou psíquica da mulher grávida e for realizada nas primeiras 12 semanas de gravidez;
- c) houver seguros motivos para prever que o nascituro virá a sofrer, de forma incurável, de grave doença ou malformação congénita, e for realizada nas primeiras 24 semanas de gravidez, excecionando-se as situações de fetos inviáveis, caso em que a interrupção poderá ser praticada a todo o tempo;
- d) A gravidez tenha resultado de crime contra a liberdade e autodeterminação sexual e a interrupção for realizada nas primeiras 16 semanas.
- e) for realizada, por opção da mulher, nas primeiras 10 semanas de gravidez.

3 – Na situação prevista na alínea e) do nº 1, a certificação referida no número anterior circunscreve-se à comprovação de que a gravidez não excede as 10 semanas.

5 – No caso de a mulher grávida ser menor de 16 anos ou psiquicamente incapaz, respetiva e sucessivamente, conforme os casos, o consentimento é prestado pelo representante legal, por ascendente ou descendente ou, na sua falta, por quaisquer parentes da linha colateral.



6 – Se não for possível obter o consentimento nos termos dos números anteriores e a efetivação da interrupção da gravidez se revestir de urgência, o médico decide em consciência face à situação, socorrendo-se, sempre que possível, do parecer de outro ou outros médicos.

Resolução da Assembleia da República n.º 46/2010

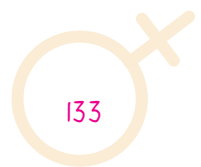
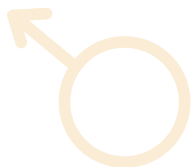
(Diário da República, 1.ª série — N.º 99 — 21 de maio de 2010, 1745-1746)

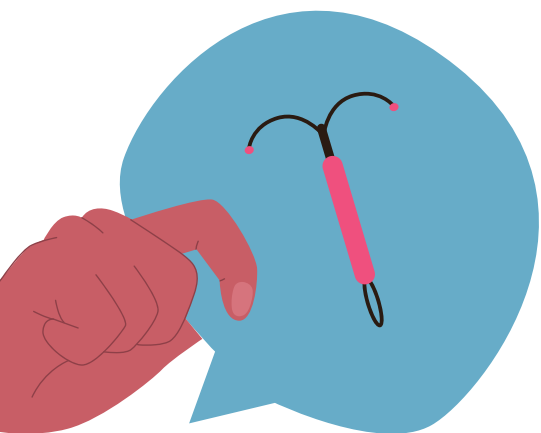
A Assembleia da República resolve, nos termos do n.º 5 do artigo 166.º da Constituição, recomendar ao Governo que:

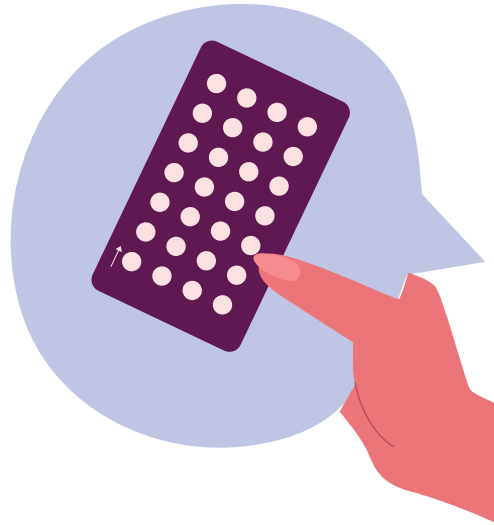
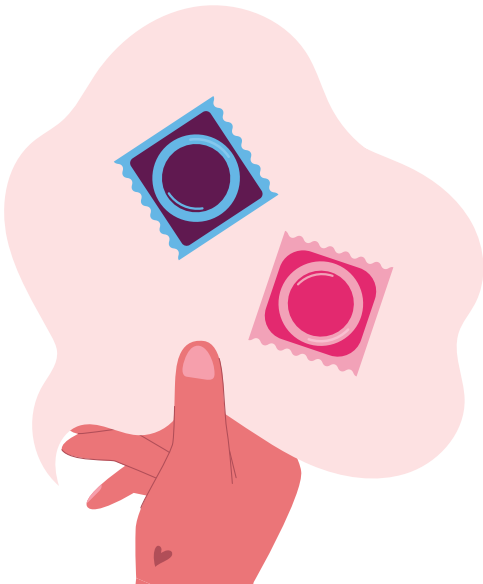
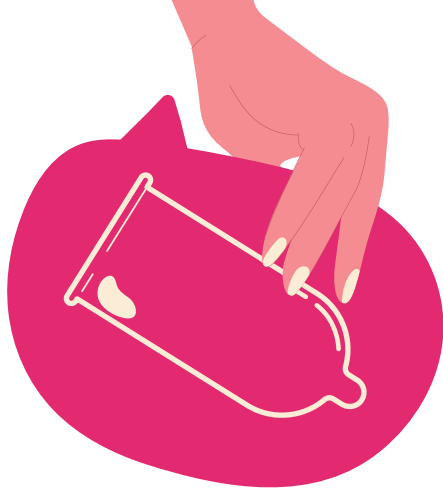
1 – Garanta a implementação da educação sexual em todas as escolas do ensino básico e secundário, através da formação de professores, da garantia dos meios para o correto funcionamento dos gabinetes de apoio e de núcleos de educação para a saúde.

2 – Reforce a existência em todos os centros de saúde de consultas específicas para jovens, criadas por despacho da Direção Geral da Saúde de 16 de março de 1976 (determina a criação da consulta de planeamento familiar), a par do reforço dos meios materiais e humanos por forma a garantir a informação completa e serviços acessíveis a todos os jovens.

3 – Crie condições para que a vacinação que protege contra vírus, como o vírus do papiloma humano (HPV), seja amplamente divulgada e gratuita para todas as mulheres.









ORGANIZAÇÃO



SOCIEDADE PORTUGUESA
DA CONTRACEÇÃO

Revisão científica da responsabilidade da
Sociedade Portuguesa da Contraceção (SPDC)

AUTORES

Amália Pacheco, Ana Rita Mateus,
Carolina Gomes, Cristina Nogueira, Fátima Palma,
Filomena Sousa, Francisca Magno, Guida Gomes,
Mariana Cordeiro, Maria Rodrigues, Marta Plancha,
Patricia Amaral, Pedro Pinto, Sofia Brás,
Teresa Bombas, Vera Silva

Este documento abrange os principais aspectos da contraceção na adolescência, fornecendo uma visão geral e destacando os aspectos essenciais que devem ser considerados para uma abordagem eficaz promovendo assim uma sexualidade segura. Não dispensa a consulta de outros consensos, nomeadamente os da Sociedade Portuguesa da Contraceção de 2020.



GEDEON RICHTER

Health is our mission