



ARTIGO DE REVISÃO

Anticoncepção e gestação na adolescência*Contraception and pregnancy in adolescence*Liliane Diefenthaler Herter¹, Solange Garcia Accetta²**Resumo**

Objetivo: revisar e discutir os diferentes métodos contraceptivos disponíveis atualmente para adolescentes. Além disso, revisar e discutir a situação atual da gestação na adolescência, abordando os riscos e as características do pré-natal, inerentes a essa faixa etária.

Métodos: levantamento bibliográfico não-sistematizado e experiência clínica com os diversos métodos contraceptivos e com a gestação na adolescência.

Resultados: a pílula anticoncepcional é o método mais utilizado entre as jovens, por apresentar alta eficácia e baixo risco, além de proporcionar outros benefícios não anticoncepcionais. A anticoncepção de emergência é eficaz, se usada antes de 72h após a relação sexual de risco, e torna-se uma boa opção em várias situações, como estupro, relações não-programadas, ruptura do condom, esquecimento de mais de 2 comprimidos contraceptivos orais ou mais de 14 semanas da última injeção de Depo-provera[®]. Quando a gestação na adolescência ocorre, os problemas existentes são, na maioria, de caráter social e econômico, embora algumas complicações médicas como trabalho de parto prematuro e anemia sejam frequentes.

Conclusões: independentemente do método anticoncepcional utilizado, o uso do preservativo masculino ou feminino deve ser estimulado, para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. Quando ocorrer a gestação, o início do pré-natal deve ser o mais precoce possível, já que o atraso neste início aumenta as chances de complicações e impede uma abordagem multiprofissional eficiente.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S170-S178: anticoncepção, adolescência, dispositivos anticoncepcionais, gravidez na adolescência, pré-natal.

Introdução

A ginecologia de adolescentes requer, além de preparo técnico, uma boa relação médico-paciente. É indispensável no atendimento dessas meninas: tempo, atenção, interesse, disponibilidade e conhecimento das características biopsicossociais dessa faixa etária. Uma adolescente que não se

Abstract

Objective: to review and discuss different contraceptive methods currently used by adolescents, and also discuss adolescent pregnancy, including the associated risks and the importance of prenatal care.

Methods: review of literature and clinical experience with different contraceptive methods and with adolescent pregnancy.

Results: the oral contraceptive pill is the most common method used by teenagers due to its low failure rate and other non-contraceptive effects. Emergency contraception is a good option in cases of rape, unplanned sexual intercourse, condom rupture, nonuse of oral contraceptives during short intervals. In this case, the pill should be taken within 72 hours after the intercourse (preferably before 24 hours for best effect). Most problems related to adolescent pregnancy have a social or economic origin; however, some medical complications such as preterm labor and anemia are frequently reported.

Conclusions: the use of male and female condoms combined with other contraceptive methods should be encouraged to prevent sexually transmitted diseases. If pregnancy is confirmed, prenatal care must be implemented as soon as possible in order to minimize the risks of complication and to allow for an effective multidisciplinary approach.

J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl.2): S170-S178: contraception, adolescence, contraceptive devices, pregnancy in adolescence, prenatal care.

sentir à vontade no consultório, provavelmente não revelará o real motivo da consulta e não desejará uma reconsulta.

A anticoncepção é um assunto muito importante, pois, mesmo em países desenvolvidos, as adolescentes seguem gestando sem planejar. Tem-se preferido o termo não-planejado em lugar de não-desejado, pois, na verdade, muitas das adolescentes que engravidam desejam uma gravidez ou passam a desejá-la; no entanto, a maioria não a planeja naquele momento. Assim, diante do grande número de adolescentes sexualmente ativos, do início cada vez mais precoce das relações sexuais, das conseqüências de

1. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Luterana do Brasil, Canoas, RS. Mestre em Clínica Médica pela UFRGS.

2. Professora do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Chefe do Setor de Ginecologia Infanto-puberal do HCPA, Porto Alegre, RS.

uma gravidez não-planejada e da freqüente troca de parceiros, é de grande importância que o médico de adolescentes esteja preparado para orientar os jovens sobre a anticoncepção.

O melhor método é aquele que tiver o melhor custo e adesão, menor quantidade de efeitos adversos, reversibilidade e maior eficácia¹. A escolha do método deve ser de preferência em conjunto: profissional da saúde e o casal. O estímulo da participação e da presença do parceiro auxilia na divisão de responsabilidades, no aumento da maturidade e na melhoria da qualidade de informações referentes à saúde reprodutiva. As reconsultas devem ser freqüentes na adolescência, para manter uma melhor adesão ao método escolhido e estimular o sexo seguro: escolha de um parceiro adequado e o uso de condom, independente do uso de outro método anticoncepcional. Nos dias de hoje, é raro um adolescente não saber da existência da AIDS, das DSTS, do condom, do contraceptivo oral, etc. No entanto, um número grande de adolescentes, em todo o mundo, segue tendo problemas com a saúde reprodutiva. O Ministério da Saúde informou que em 1999 25.74% dos partos do SUS foram em adolescentes². A escolha do método anticoncepcional deve considerar diversas variáveis: idade, nível educacional, nível socioeconômico, paridade, contexto social. Uma medida preventiva importante consiste em dar um atendimento diferenciado a pacientes de maior risco para gestação na adolescência e/ou doenças sexualmente transmissíveis: baixa auto-estima, falta de perspectiva de futuro, problemas familiares, uso de drogas e depressão.

Outro fator importante é que o tempo entre a primeira relação sexual e a procura de um serviço de saúde costuma ser de vários meses. A demora na procura de uma orientação resulta em que muitas adolescentes já chegam grávidas ao serviço de saúde. Nos EUA, a média de tempo da procura ao atendimento costuma ser de 12 meses. Sabe-se também que naquele país 50% das gestações em adolescentes ocorrem nos primeiros 6 meses do início da atividade sexual. Essa procura parece ser mais precoce quando o serviço é especializado no atendimento de adolescentes. Estima-se que 25 a 50% dos adolescentes não usam qualquer tipo de método contraceptivo na primeira relação sexual. Além disso, estudos mostram que até 50% das adolescentes descontinuam o método nos 3 primeiros meses do seu uso³.

Nesse sentido, entende-se que apenas o estímulo do uso do contraceptivo nas relações sexuais não tem diminuído as taxas da gestação não-planejada, mesmo em países desenvolvidos. Portanto, políticas de saúde para diminuir esses índices incluem: educação sexual nas escolas, orientação aos pais, treinamento adequado dos instrutores e professores, serviços que atendam adolescentes perto da escola, facilidade no agendamento de consultas, distribuição gratuita dos métodos anticoncepcionais rotineiros e os de emergência e o envolvimento do parceiro na questão.

A questão da abstinência sexual também deve ser discutida com o adolescente. A virgindade pode ser uma escolha do jovem, e o profissional de saúde pode auxiliar nessa

opção. Muitos jovens iniciam sua atividade sexual, para acompanhar o grupo de iguais.

O clínico deve realizar uma entrevista cuidadosa para conhecer melhor sua paciente, do ponto de vista biopsicosocial, além de um adequado exame físico.

A seguir, discutiremos os diversos métodos contraceptivos ilustrados na Tabela 1.

Tabela 1 - Métodos anticoncepcionais

1. Anticoncepção hormonal

1.1 Combinada

- anticoncepção hormonal combinada oral
- anticoncepção hormonal combinada pós-coital
- anticoncepção hormonal combinada injetável
- anticoncepção hormonal combinada vaginal

1.2 Somente com progesterona

- anticoncepção hormonal somente com progesterona oral
- anticoncepção hormonal somente com progesterona pós-coital
- anticoncepção hormonal somente com progesterona injetável
- anticoncepção hormonal somente com progesterona com implante subdérmico
- anticoncepção hormonal somente com progesterona por endoceptivos

2. Métodos de barreira

- diafragma
- condom masculino e feminino
- espermicida
- esponja

3. Dispositivo intra-uterino

4. Esterilização

5. Métodos menos eficientes

- coito interrompido
- tabelinha
- temperatura basal
- ducha vaginal

1 - Anticoncepção hormonal

1.1 - Anticoncepção hormonal combinada

O anticoncepcional hormonal combinado refere-se à associação de estrógeno sintético (em geral o etinilestradiol) e um progestágeno⁴.

Anticoncepção hormonal combinada oral

Esse método foi inicialmente comercializado em 1960, com pílulas de 150µg de etinilestradiol, mas, para reduzir efeitos colaterais e riscos tromboembólicos, sua dosagem foi reduzida⁵. O anticoncepcional oral (ACO) combinado é

o método mais freqüentemente usado em adolescentes, pela sua alta eficácia (99,7%), comodidade no uso, não-interferência no ato sexual, grande segurança, além de seus benefícios serem maiores do que os riscos⁶.

Classificação

O ACO pode ser considerado de média dosagem (50µg de etinilestradiol) ou baixa dosagem (35µg, ou menos, de etinilestradiol). Atualmente, as pílulas mais usadas apresentam 20-35µg de etinilestradiol. Por um lado, a diminuição da dosagem hormonal para 20µg de etinilestradiol reduziu as taxas de efeitos colaterais e metabólicos como o tromboembolismo, mas, por outro lado, as taxas de falhas aumentam com o esquecimento superior a doze horas ou interação medicamentosa. As pacientes com hiperandrogenismo teriam benefício com pílulas com componente antiandrogênico (Diane 35[®], Selene[®]) ou hiperestrogênica (Gracial[®]). As pacientes que usam a pílula corretamente (ingestão no horário adequado) poderiam ser boas candidatas para as pílulas de 20µg de etinilestradiol. As pílulas de média dosagem são reservadas a pacientes com sangramento de escape, com doses menores, não decorrentes de endometrites (clamídia, micoplasma e ureaplasma), ou naquelas que utilizam fármacos que podem interferir no metabolismo de esteróides (barbitúricos, fenitoína, carbamazepina, primidona, rifampicina, clofibrate, ampicilina, tetraciclina, etc.).

O ACO que contém dose fixa de estrógeno e progestágeno nos 21 comprimidos da cartela é denominado monofásico, e os que têm concentrações variadas dos dois esteróides são denominados trifásicos ou bifásicos.

Composição

A maioria das pílulas contém o mesmo estrógeno (etinilestradiol) e diferentes progestágenos, como demonstra a Tabela 2. Os progestágenos diferem quanto aos seus efeitos estrogênicos, antiestrogênicos e androgênicos⁷. Com a diminuição da dose dos estrógenos, os efeitos androgênicos dos progestágenos ficaram mais aparentes, levando ao desenvolvimento de novos progestágenos. Os progestágenos de terceira geração (gestodene, desogestrel e norgestimate) são antiestrogênicos fracos, têm menor atividade androgênica e estão associados a menores alterações no metabolismo dos carboidratos. A ciproterona é um progestágeno mais antigo, derivado do pregnano, e tem potente ação anti-androgênica, por isso é usada no tratamento de acne e hirsutismo, ou naquelas pacientes que desenvolveram manifestação de virilização com outras pílulas.

Mecanismo de ação

Os contraceptivos orais têm três mecanismos de ação: ¹

- 1) anovulação;
- 2) alteração do muco cervical;
- 3) atrofia do endométrio.

Os dois últimos mecanismos são devidos aos efeitos dos progestágenos e tornam o transporte e a implantação do embrião, respectivamente, insatisfatórios.

São contra-indicações absolutas: ⁸

- sangramento uterino anormal, sem diagnóstico;
- suspeita ou diagnóstico de gestação;
- mulheres lactentes antes de 6 semanas, pós-parto;
- fumo (> 20 cigarros/dia) em mulheres com mais de 35 anos;
- hipertensão arterial (180 x 110mmHg);
- trombose venosa profunda anterior ou atual;
- embolia pulmonar anterior ou atual;
- grandes cirurgias com períodos longos de imobilização;
- doença cardíaca isquêmica anterior ou atual;
- acidente vascular cerebral anterior ou atual;
- doença cardíaca valvular complicada por hipertensão pulmonar;
- cefaléias recorrentes, incluindo enxaquecas com sintomas neurológicos focais;
- hepatite viral aguda;
- cirrose severa descompensada;
- tumores hepáticos benignos ou malignos;
- diabetes melito com mais de 20 anos de duração ou com nefropatia, retinopatia ou neuropatia.

É necessário supervisão médica cuidadosa se houver: ⁷

- risco para tromboembolismo: anemia falciforme, obesidade, varizes importantes, imobilização;
- passado de icterícia gravídica e anomalias de excreção biliar;
- doenças da vesícula biliar;
- cefaléia hemicraniana;
- epilepsia, psicose e neuroses graves;
- esclerose em placas;
- hipertensão arterial sistêmica (HAS) leve ou moderada;
- insuficiência renal e cardíaca;
- otosclerose;
- hiperprolactinemia;
- diabetes melito moderado;
- uso de medicamentos que interagem com a pílula.

Preocupações das pacientes

O índice de manutenção do método anticoncepcional é baixo na adolescência. Entre os motivos desse abandono, destacam-se: preocupação com a auto-imagem (medo de engordar, de adquirir celulite, etc.), sangramento anormal, medo de infertilidade, desencorajamento por parte do parceiro ou de familiares, entre outros. Portanto, é importante que se informe a alta eficácia, o baixo índice de aumento de peso e de acne, o retorno imediato à fertilidade com a interrupção do uso do ACO, a possibilidade de ocorrerem sangramentos intermenstruais (escape) nas primeiras 3 cartelas, além de vários outros benefícios não-contraceptivos.

Tabela 2 - Composição dos ACO combinados no mercado

BAIXA DOSAGEM – MONOFÁSICAS		
Estrogênio (mg)	Progestágeno (mg)	Nome comercial
Etinilestradiol - 0,030	Levonorgestrel – 0,150	Nordette [®] , Microvlar [®]
Etinilestradiol – 0,020	Desogestrel – 0,150	Mercilon [®] , Femina [®]
Etinilestradiol – 0,030	Desogestrel – 0,150	Microdiol [®]
Etinilestradiol – 0,020	Gestodeno – 0,075	Femiane [®] , Harmonet [®] , Diminut [®]
Etinilestradiol – 0,030	Gestodeno – 0,075	Minulet [®] , Gynera [®]
Etinilestradiol – 0,035	Ac. Ciproterona – 2,00	Diane 35 [®] , Selene [®]
BAIXA DOSAGEM – BIFÁSICA		
Estrogênio (mg)	Progestágeno (mg)	Nome comercial
Etinilestradiol – 0,040	Desogestrel – 0,250	Gracial [®]
Etinilestradiol – 0,030	Desogestrel – 0,125	
BAIXA DOSAGEM – TRIFÁSICAS		
Estrogênio (mg)	Progestágeno (mg)	Nome comercial
Etinilestradiol – 0,030	Levonorgestrel – 0,050	Trinordiol [®] , Triquilar [®]
Etinilestradiol – 0,030	Levonorgestrel – 0,075	
Etinilestradiol – 0,030	Levonorgestrel – 0,125	
Etinilestradiol – 0,035	Noretisterona – 0,500	Trinovum [®]
Etinilestradiol – 0,035	Noretisterona – 0,750	
Etinilestradiol – 0,035	Noretisterona – 1,000	
MÉDIA DOSAGEM – MONOFÁSICA		
Estrogênio (mg)	Progestágeno (mg)	Nome comercial
Etinilestradiol – 0,050	Levonorgestrel – 0,250	Evanor [®] , Neovlar [®] , Normamor [®]
Etinilestradiol – 0,050	Linestrenol – 1,000	Anacyclin [®]
Etinilestradiol – 0,050	Noretisterona – 0,250	Ciclovolon [®]
Etinilestradiol – 0,050	DI-Norgestrel – 0,500	Anfertil [®] , Primovlar [®]

O escape costuma ser autolimitado e cessa espontaneamente. Por outro lado, sangramento intermenstrual, em pacientes usuárias de ACO, previamente reguladas, pode ser um indício de infecção por clamídia⁹. As pacientes e seus pais freqüentemente não são informados sobre os possíveis efeitos colaterais do ACO e, por medo do método, acabam descontinuando o seu uso¹⁰.

*Os benefícios são os seguintes:*¹¹

- pode melhorar a dismenorréia;
- pode melhorar a acne;
- pode melhorar a tensão pré-menstrual;
- pode suprimir cistos ovarianos e mamários;
- pode diminuir o risco de anemia;
- pode diminuir o fluxo menstrual;
- o sangramento menstrual pode ser programado;

- diminui risco de doença inflamatória pélvica;
- diminui o risco de gravidez ectópica;
- diminui o risco de câncer de ovário;
- diminui o risco de câncer de endométrio;
- provável melhora da densidade óssea.

*Os efeitos são:*¹²

- efeito discutível sobre câncer de mama e colo;
- efeito deletério sobre câncer de fígado, porém é extremamente raro;
- efeito praticamente desprezível ou ausente no crescimento, pois a menina já atingiu 97% da altura na época da menarca;
- efeito reversível do eixo hipotálamo-hipófise-ovário após sua suspensão;

- estrógenos aumentam o risco de doenças cardiovasculares e do metabolismo lipídico (doses menores reduzem este risco);
- progestágenos aumentam a intolerância à glicose (progestágenos de terceira gestação têm menores riscos);
- o ACO aumenta 4 a 5% o risco de HAS. A progesterona de terceira geração tem efeito antimineralocorticoide, o que diminui esse risco.

Anticoncepção hormonal combinada pós-coital

A anticoncepção pós-coital pode ser feita com ACO combinado ou somente com progesterona.

Pode ser administrado nas relações sexuais, em casos de emergência: estupro, relações sexuais não-protetidas, ruptura do condom, esquecimento de mais de dois comprimidos contraceptivos orais ou mais de 14 semanas da última injeção de Depo-provera^{®12}. O uso deve ser iniciado antes de 72 horas da relação sexual, mas a eficácia é maior se usado antes das primeiras 24 horas.

O método de Yuzpe consiste na prescrição de 100µg de etinilestradiol e 250µg de levonorgestrel¹³: dois comprimidos do ACO, de média dosagem, em duas tomadas, com intervalo de 12 horas (quatro comprimidos no total). Com essa alta dose de estrógenos, é comum ocorrerem náuseas e vômitos. Para minimizar estes efeitos colaterais, pode-se prescrever um antiemético 30 minutos antes do ACO. Eficácia é superior a 90-95%.

Anticoncepção hormonal combinada injetável

É uma boa opção para as pacientes que esquecem o ACO, ou apresentam intolerância gástrica com a via oral¹⁴. A eficácia é semelhante ao anticoncepcional oral combinado. Evita o metabolismo de primeira passagem no fígado. Frequentemente determina distúrbios menstruais. A via injetável apresenta como vantagens: altíssima eficácia, espaçamento das doses, possibilidade de esteróides naturais, menor sobrecarga hepática, menor dose para atingir efeito contraceptivo, além da redução de náuseas e vômitos⁵.

Existem apresentações contendo em cada ampola 1ml, com 150mg de acetofenido de dihidroxiprogesterona e 10mg de enantato de estradiol (Perlutan[®], Uno-ciclo[®], Ciclovular[®]). Deve ser aplicado IM, profundamente, na região glútea, entre o 7º e 10º dia do ciclo.

Outra forma comercial (Mesigyna[®]) consiste em 50mg de enantato de noretisterona e 5mg de valerato de estradiol. A injeção IM deve ser aplicada no primeiro dia do fluxo menstrual e ser repetida a cada 30 ± 3 dias, independente da menstruação.

Anticoncepção hormonal combinada vaginal

Cada comprimido vaginal contém 50µg de etinilestradiol e 250µg de levonorgestrel (Lovelle[®]). A sua eficácia é semelhante a dos anticoncepcionais orais combinados¹⁵.

Esta via tem menores efeitos adversos gástricos e benéficos metabólicos, pois evita o metabolismo da primeira passagem hepática (menores alterações no metabolismo lipídico e das apolipoproteínas). A primeira cartela é usada a partir do quinto dia do sangramento menstrual e as demais, no oitavo dia da pausa. A cartela tem 21 comprimidos, e o comprimido deve ser usado uma vez ao dia, aproximadamente no mesmo horário.

1.2 - Anticoncepcional somente com progesterona Anticoncepção hormonal somente com progesterona oral (minipílula)

A minipílula contém noretisterona 0,35mg (Micronor[®]), linestrenol 0,5mg (Exluton[®]), levonorgestrel 0,030mg (Nortrel[®]) ou 0,075mg de desogestrel (Cerazette[®]). Deve ser administrada diariamente, via oral, sem intervalos entre as cartelas. Taxa de gestação é de 0,2 a 3%. A ovulação é inibida em somente 50% dos casos, sendo seu principal mecanismo de ação a habilidade de tornar o endométrio hostil ao transporte de esperma. Indicada quando a fertilidade está diminuída (ex.: amamentação), contra-indicação para o uso de estrógeno ou intolerância aos contraceptivos combinados¹².

Anticoncepção hormonal somente com progesterona pós-coital

Pode ser administrada nas relações sexuais, em casos de emergência: estupro, relações sexuais não-protetidas, ruptura do condom, esquecimento de mais de dois comprimidos contraceptivos orais ou mais de 14 semanas da última injeção de Depo-provera[®]. O uso deve ser iniciado antes de 72 horas da relação sexual, mas a eficácia é maior se usado antes das primeiras 24 horas⁶.

O levonorgestrel (Postinor – 2[®], Pozato[®]) tem sua apresentação sob forma de comprimidos de 0,75mg. O primeiro comprimido deve ser tomado logo após o coito desprotegido, até no máximo 72 horas. A eficácia é maior quanto mais precoce for ingerido o primeiro comprimido. O segundo comprimido deve ser tomado 12 horas após a primeira dose. Não devem ser administrados a mulheres que tenham a gravidez confirmada, pois não são eficazes após ter ocorrido o processo de implantação.

Previne a ovulação, a fertilização e a implantação. Age nos seguintes sítios de ação: eixo hipotalâmico-pituitário-ovariano; fator endometrial (inibição direta da implantação ou efeito direto sobre a blástula); fator tubário (alteração da motilidade tubária); inibição da capacitação do espermatozóide (última fase de amadurecimento dos espermatozoides no organismo feminino).

De maneira geral, as pílulas contraceptivas de emergência são menos eficazes que os métodos contraceptivos regulares. Além disso, não podem ser utilizadas regularmente, porque o índice de falha, durante um ano completo de seu uso, seria mais elevado do que com aqueles contra-

ceptivos hormonais regulares. A eficácia será maior quanto mais precoce for o uso da medicação: 95% nas primeiras 24 horas, 85% entre 25 e 48 horas e 58% entre 49 e 72 horas.

As reações adversas mais comumente encontradas são: náuseas, vômitos, sangramento uterino irregular, sensibilidade das mamas, cefaléia, tontura e fadiga.

Anticoncepção hormonal somente com progesterona injetável (Depo-provera®)

O progestágeno de depósito (Depo-provera®) é aplicado na dose de 150mg de acetato de medroxiprogesterona, IM, no glúteo ou deltóide, a cada 12 semanas⁷. A primeira dose deve ser aplicada até o sétimo dia do ciclo menstrual. Provoca anovulação, atrofia de endométrio e alteração no muco cervical. Falha desse método é de 0,3%. Apresenta irregularidade menstrual e, após 6 meses, muitas pacientes entram em amenorréia (50% após o primeiro ano e 70% após três anos). Pode acarretar aumento de peso e acne. Grande indicação nas pacientes que esquecem o método contraceptivo, nas com contra-indicação para os estrógenos e nas com interação medicamentosa (ex.: anticonvulsivantes).

Está indicada após os 16 anos de idade, pois seu uso está associado com diminuição da densidade óssea, pelo menos temporariamente, e o pico de massa óssea ainda não foi atingido até os 16 anos¹⁶.

Anticoncepção hormonal somente com progesterona com implante subdérmico (Norplant®)

Refere-se a um implante subdérmico, não-biodegradável. O Norplant® contém levonorgestrel. Ele é inserido embaixo da pele do antebraço, com um trocáter. O implante deve ser repostado a cada 5 anos¹⁷. Falhas de 0,04 no primeiro ano e de 1,1% no quinto ano. Seu mecanismo de ação é a anovulação e a alteração do muco cervical. A irregularidade menstrual (sangramento prolongado, escape intermenstrual e amenorréia) é o efeito colateral mais freqüente, embora também possam ocorrer cefaléia, acne, perda ou ganho de peso e depressão.

A sua grande eficácia e seu longo tempo de ação a tornam um bom método contraceptivo se a adolescente puder tolerar a irregularidade menstrual.

Anticoncepção hormonal somente com progesterona por endoceptivos (Mirena®)

O sistema de liberação intra-uterino de levonorgestrel (SIU-LNG: Mirena®) consiste em uma estrutura de polietileno em forma de "T" que, no seu corpo vertical (com 32mm de comprimento), apresenta um cilindro com uma mistura de polidimetilsiloxano e levonorgestrel. A estrutura em forma de "T" está impregnada de sulfato de bário, o qual se torna visível ao RX. A taxa de liberação de levonorgestrel é de 20µg/24h e sua vida útil é de 5 anos¹⁸.

A contracepção e a eficácia terapêutica do SIU-LNG são baseadas nos efeitos locais do levonorgestrel. A função

ovariana quase não é afetada, o que significa que as concentrações séricas de estradiol permanecem dentro dos valores normais. Há mudanças no muco cervical, que fica escasso e viscoso, e na morfologia endometrial. A inibição da ovulação não é considerada importante para a alta eficácia do SIU-LNG. Ciclos anovulatórios estão relacionados com concentração plasmática elevada de levonorgestrel, sendo mais freqüentes no 1º ano de uso. Depois de alguns anos de uso, mais de dois terço dos ciclos são ovulatórios, sugerindo que a baixa concentração plasmática de LNG após 4 a 6 anos é insuficiente para suprimir a função hipotálamo-hipófise-ovários, apesar do efeito local no endométrio ser mantido.

O SIU-LNG é um método contraceptivo muito eficaz. Em estudos feitos por 3 anos, foi demonstrado que o índice de gravidez foi de 0 a 0,3%, ou seja, semelhante aos ACOs. Reduz a quantidade e duração de sangramento menstrual. Em mulheres com ciclo menstrual normal, o número de dias de sangramento é reduzido e, depois de um ano de uso, a duração da menstruação pode ser menor do que um dia. Em mulheres com menorragia, houve redução na perda de sangue menstrual de cerca de 86% depois de 3 meses, e de 97% depois de 1 ano de uso. É uma alternativa frente à histerectomia e ressecção endometrial naquelas mulheres com menorragia. Tem ainda a vantagem de ser reversível, podendo inclusive ser usado em mulheres jovens. Há um aumento na concentração de hemoglobina entre 1,0 e 1,5g/dl e nas reservas de ferro (depois de 5 anos de uso), diminuindo o risco de anemia ferropênica e esgotamento das reservas de ferro do organismo.

2 - Métodos de barreira

2.1 - Diafragma

O diafragma é um pequeno dispositivo circular de borracha, com borda firme, flexível. Ao ser colocado na vagina, forma uma barreira física sobre o colo uterino. Sua duração é de 2 anos⁷.

Necessita de maturidade, de auto-motivação, de exame médico prévio e de conhecimento de seus genitais. Possui boa aceitação em universitárias. Boa eficácia, especialmente quando acompanhada de espermicida (81-98%). Deve ser colocado antes da relação sexual e retirado após 6 horas.

2.2 - Condom masculino e feminino

É um bom método contraceptivo e auxilia na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a SIDA. Com o uso de espermicida, sua eficácia é muito boa (90-98%). Lubrificantes devem ser em veículo aquoso (KY-gel®), pois o oleoso (vaselina) pode favorecer a ruptura do condom⁷. Devem ser usados durante toda a relação sexual e são descartáveis.

Atualmente, além dos condons masculinos, contamos com os condons femininos. Estes últimos, por apresentarem um uma forma de saco, com um anel externo, protegem não

só o colo e a vagina das DSTs, mas também o intróito vaginal e os lábios. Sua eficácia aumenta principalmente quando o uso é associado a lubrificantes com capacidade espermicida. É mais resistente e durável que o preservativo masculino e pode ser inserido antes do intercurso sexual.

2.3 - *Espermicida*

O nonoxinol-9 é a substância mais utilizada⁷. Como método isolado, é pouco eficaz. Auxilia em outros métodos como condom e diafragma. Deve ser colocado 30 minutos antes da relação sexual e removido após 6 horas da mesma.

2.4 - *Esponja*

As esponjas são feitas de poliuretano associado ao nonoxinol-9⁷. Têm um formato ligeiramente côncavo, para adaptar-se ao colo uterino, devendo ser umedecidas antes de sua colocação para ativar o espermicida. Devem ser removidas 6-8 horas após a última relação sexual. Seu uso pode ser prévio à relação sexual. É um método descartável e relativamente eficaz: taxas de 9 a 27 gestações por 100 mulheres/ano. Ainda não é disponível em nosso meio.

3 - *Dispositivo intra-uterino*

Método eficaz (95-98%)⁷. Não requer automotivação e não interfere com o ato sexual. Apresenta maior risco de ocorrer doença inflamatória pélvica, não protege de gestação ectópica, aumenta o fluxo e a cólica menstrual. Pode ocorrer perfuração uterina ou expulsão. Método ideal para pacientes com um parceiro sexual, que já tiveram filhos e que não estão dispostas ou não podem usar outro método. Atualmente, os DIUs mais novos podem ser removidos a cada 5 anos.

4 - *Esterilização*

Método pouco usado em adolescentes, pois é um método irreversível⁶. Em alguns especiais, como casos de deficientes mentais com risco de atividade sexual, que não aceitam outros métodos ou não podem usar outros métodos, ele pode ser indicado. No entanto, deve haver o consentimento dos pais e da autoridade judiciária.

5 - *Métodos menos eficientes*

5.1 - *Coito interrompido*

Apresenta pouca eficácia, pois o homem libera espermatozoides antes da ejaculação⁷. Exige autocontrole e interfere com o ato sexual.

5.2 - *Tabelinha*

Não é um método indicado para as adolescentes que não têm ciclos regulares, o que é muito frequente nessa faixa etária. Ela consiste em evitar relações sexuais próximo do

período fértil. Este antecede a menstruação em aproximadamente 14 dias. Portanto, esse cálculo não pode ser feito em pacientes que não sabem de suas próximas menstruações.

O método de Ogino-Knaus consiste na análise de 6 a 12 ciclos menstruais, após evitar o período fértil, que é calculado a seguir⁷:

- subtrair 18 dias do ciclo mais curto (primeiro dia da fase fértil);
- subtrair 11 dias do ciclo mais longo (último dia da fase fértil).

5.3 - *Temperatura basal*

Consiste na medida diária basal da temperatura axilar ou bucal⁷. Como a temperatura sobe após a ovulação, é um bom método para diagnóstico de ovulação e não para anticoncepção.

5.4 - *Ducha vaginal*

É um método muito falho, pois os espermatozoides, em pouco segundos, alcançam porções altas do trato genital⁷.

Considerações finais

A anticoncepção na adolescência deve ser discutida por todo o profissional da saúde que trabalha com adolescentes. De uma maneira geral, os adolescentes têm boa saúde, boa fertilidade e grande risco de ter uma gestação não-planejada ou uma doença sexualmente transmissível.

O adolescente de baixa auto-estima, baixo rendimento escolar e poucas perspectivas de futuro merece um tratamento diferenciado e uma atenção especial, pois é o que mais apresenta riscos de ter uma gestação não-planejada ou uma doença sexualmente transmissível.

Não existe um método ideal, mas um melhor método para cada paciente. Assim, o método deve ser cuidadosamente escolhido junto com a paciente, e, de preferência, junto com o parceiro. Em geral, o ACO é o método contraceptivo mais usado nessa faixa etária, pois é muito seguro, tem baixo risco, além de apresentar outros benefícios não contraceptivos: diminui a acne, diminui o fluxo menstrual e regulariza os ciclos menstruais, entre outros. Independentemente do método anticoncepcional utilizado, o uso do preservativo masculino ou feminino deve ser estimulado, para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

A anticoncepção de emergência é uma boa opção em casos de estupro, relações sexuais não-protegidas, ruptura do condom, esquecimento de mais de dois comprimidos contraceptivos orais ou mais de 14 semanas da última injeção trimestral. Seu uso deve ser iniciado antes de 72 horas da relação sexual, mas sua eficácia é maior se usada antes das primeiras 24 horas.

Gestação na adolescência

Introdução

As taxas de gestação na adolescência variam no nosso país, para cada região e cidade. Em Porto Alegre, 20% dos nascidos vivos são resultado de gestações nessa faixa etária, e esses dados da Secretaria da Saúde, do Rio Grande do Sul, não contabilizam os abortamentos espontâneos, os provocados e os nascidos mortos.

Sabe-se que o comportamento de risco sexual é resultado da iniciação sexual precoce, mais freqüentemente associada à disfunção do funcionamento familiar, tendo como resultado maior incidência de gestações não-planejadas, de doenças sexualmente transmissíveis e de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida^{19,20}.

Apenas um grande esforço das instituições de saúde e de educação poderá provocar mudanças na atitude dos adolescentes, diminuindo as taxas de atividade sexual, popularizando os contraceptivos hormonais de longa ação e o uso crescente de preservativos²¹.

Riscos da gestação na adolescência

Muitos dos problemas advindos da gravidez na adolescência não são de ordem médica, mas de problemas sociais e econômicos, uma vez que essas meninas necessitam, muitas vezes, parar de estudar, para cuidar de seus filhos, ou até mesmo iniciar a trabalhar, para sustentá-los.

A perspectiva de vida produtiva, a longo prazo, é mais baixa, tanto para as adolescentes quanto para seus bebês, e o impacto social e econômico pode ser significativo²². Entre os possíveis resultados desta gestação, encontramos risco aumentado para os bebês sofrerem negligência e abuso. Além disso, adolescentes têm a tendência de fumar mais, ingerir bebidas alcoólicas e usar drogas durante a gestação, todos fatores de risco para a saúde do recém-nascido²³.

Entre as complicações médicas, as mais freqüentes são trabalho de parto prematuro e anemia.

Todos esses aspectos poderão ser controlados, em maior ou menor medida, através de cuidados médicos realizados de forma regular, porém outra característica dessa população é a dificuldade de procurar e manter os cuidados pré-natais.

Motivos para as adolescentes engravidarem

É difícil e temerosa a generalização, porém algumas situações se repetem em vários estudos, como:

1. adolescentes retardam o uso de contraceptivo em torno de um ano após o início da atividade sexual;
2. possuem dúvida em relação a sua capacidade reprodutiva, por vezes, testando-a de forma inconsciente;
3. relutam em desfazer a espontaneidade das relações sexuais, através da previsão delas e uso de método contraceptivo;

4. têm medo de serem descobertas pela família, através da evidência de usar algum método contraceptivo;
5. na adolescência precoce, é mais freqüente o impulso predominar sobre a capacidade cognitiva de programar;
6. desconhecimento de que à medida que a idade ginecológica (IG) aumenta, também aumentam os ciclos ovulatórios e a fertilidade;
7. têm medo de engordar ou de adquirir câncer, através do uso de contracepção hormonal;
8. usam de forma inadequada o método contraceptivo¹.

Diagnóstico de gestação

Todo profissional que atende adolescentes necessita estar apto para diagnosticar gestação o mais precocemente possível e, para isso, deverá ter um limiar de suspeita mais baixo do que o habitual.

Freqüentemente, as adolescentes negam relações sexuais, esquecem a data de última menstruação (DUM), não referem sintomas, que poderiam sugerir a hipótese, e também não acreditam nessa possibilidade. Portanto, é importante que sempre que houver atraso no fluxo menstrual, de 1 a 2 semanas, o beta-HCG seja solicitado.

Sinais e sintomas de gestação

O sinal mais freqüente de gravidez é o atraso menstrual e pode ser percebido mais facilmente por meninas que registram seus ciclos menstruais de forma regular em um calendário menstrual (CM).

Esse registro deve ser sistematicamente estimulado por todo profissional que trabalha com adolescentes femininas, uma vez que ele é de grande auxílio no acompanhamento clínico dessas meninas.

Além desse sinal, temos vários outros sintomas sugestivos de gestação, como: dolorimento mamário, micção freqüente, náuseas e vômitos, principalmente matinais, que costumam ocorrer nas primeiras seis semanas de gestação.

Pré-natal

Assim que for confirmado o diagnóstico de gestação, essa jovem deve ser referenciada para o serviço de pré-natal.

Na primeira visita pré-natal, além da avaliação médica através da anamnese, devemos avaliar: antecedentes ginecológicos, história mórbida passada, antecedentes mórbi-dos familiares, situação vacinal e aspectos familiares e sociais, além das condições de aceitação, ambivalência e rejeição em relação a essa gestação.

Todo o serviço que se propõe a trabalhar com gestantes adolescentes deve organizar uma equipe, na qual possa contar com o auxílio de psicólogos, enfermeiros e, idealmente, com assistente social.

Os exames de laboratório deverão ser solicitados, de acordo com a rotina estabelecida pelo Ministério da Saúde para todas as gestantes, independente da faixa etária²⁴.

Estado vacinal

A prevenção do tétano neonatal é realizado há décadas, através da aplicação da vacina antitetânica na gestante. A vacina dupla tipo adulto (dT) é a mais utilizada, porém, na falta desta, poderá ser utilizada a toxóide tetânica (TT).

Os clínicos que acompanham adolescentes bastante jovens, que muitas vezes ainda estão complementando seu esquema vacinal, devem ter sempre em mente a possibilidade de uma gestação inadvertida, que poderá representar uma contra-indicação para a realização de determinadas vacinas, como: sarampo, caxumba, pólio, varicela e rubéola.

Após o uso da vacina para rubéola, é necessário aguardar 3 meses para ter uma gestação sem riscos, e 1 mês após a vacina contra a varicela.

As vacinas contra difteria, influenza, hepatite A e B e pneumococos não representam risco para a gestação e, portanto, não são contra-indicadas.

Em determinadas situações, como nas de jovens com vida sexual ativa, sem uso de contracepção ou uso de método não totalmente confiável, pode ser necessário teste para afastar gestação inicial²⁵.

Considerações finais

Entre as adolescentes que realizam o beta-HCG e obtêm resultado negativo, encontra-se uma parcela significativa de candidatas a uma gestação confirmada dentro de alguns meses²⁶.

Acreditamos que esse momento é extremamente importante e deve ser aproveitado para motivar essas jovens a refletirem sobre as conseqüências que, certamente, ocorreriam em suas vidas, caso uma gestação realmente ocorresse.

Sugerimos também que os parceiros sexuais dessas meninas sejam envolvidos no processo de educação para a anticoncepção e prevenção das DSTS, assim como na responsabilidade sobre a paternidade.

Referências bibliográficas

- Emans SHJ, Laufer MR, Goldsteins DP. Contracepção. In: Emans SHJ, Goldsteins DP, eds. *Pediatric and adolescent gynecology*. 4ª ed. Boston: Little, Brown and Company Ed.; 1998.p.611-74.
- Gravidez na adolescência: questão de saúde pública. *Jornal da FEBRASGO* 2000; 3:7-10.
- Berenson AB, Wiemann CM. Patient satisfaction and side effects with levonorgestrel implant (Norplant) use in adolescents 18 years of age or younger. *Pediatrics* 1993; 92: 257-60.
- Ruzick E. Anticoncepção. In: Coates V, Fraçoso LA, Bezons GW. *Medicina do Adolescente*. São Paulo: Sarvier; 1993.p.252-8.

- Aldrighi JM, Campos LSC, Pilha T. Contracepção hormonal injetável. *Gynaecia* 1995; 1: 7-12.
- Abeche AM, Accetta SG, Herter LD. Ginecologia infanto-juvenil: anticoncepção na adolescência. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire W, et al., eds. *Rotinas em ginecologia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.p.67-73.
- Melo NR, Pereira Filho AS. FEBRASGO: Manual de orientação de anticoncepção; 1997.p.127.
- World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning – medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneve; 1996. p.143.
- Krettek JE, Arkin SI, Chaisilwattana P, Monif GRG. *Chlamydia trachomatis* in patients who used oral contraceptives and had intermenstrual spotting. *Obstet Gynecol* 1993; 81:728-31.
- Ruusuvaara L, Johansson ED. Contraceptive strategies for young women in the 21st century. *E J Contraception & Reproductive Health Care* 1999; 4: 255-63.
- Kunde A, Freitas F, Passos EP, Cunha Filho JSL. Anticoncepção. In: Freitas F, Menke CH, Rivoire W, et al., eds. *Rotinas em ginecologia*. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2001.p.67-73.
- Pinho Neto JS. Temas especiais de anticoncepção. Rio de Janeiro: Revinter; 2000.p.284.
- Yuspe AA, Smith RP, Rademaker AW. A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent. *Fertility and Sterility* 1982; 37: 508-13.
- Cortez JRB. Anticoncepção hormonal. *Rev Bras Clin Terap* 1992; 21: 118-32.
- Coutinho EM. Comparative study on intermittent versus continuous use of a contraceptive pill administered by vaginal route. *Contraception* 1995; 51: 355-8.
- Cromer BA, Blair JM, Mahan JD, Zibners L, Naumovski Z. A prospective comparison of bone density in adolescent girls receiving depot medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), levonorgestrel (Norplant), or oral contraceptives. *J Pediatr* 1996; 129: 671-6.
- Kaplan DW, Kathryn AL. Adolescence. In: Hay WW, Hayward AR, Levin MJ, et al. *Current pediatric diagnosis & treatment*. 15ª ed. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill Ed.; 2001.p.90-130.
- Nilsson CG. Mecanismo de acción del sistema intrauterino de liberación de levonorgestrel. *Foro de Ginecología* 1999; 2: 9-11.
- Kellogg ND, Hoffman TJ, Taylor ER. Early sexual experiences among pregnant and parenting adolescents. *Adolescence* 1999; 34:293-303.
- Taylor-Seehafer M, Rew LJ. Risky Sexual Behavior Among Adolescent Women. *Soc Pediatr Nurs* 2000; 5:15-25.
- Darroch JE, Singh S. Why is teenage pregnancy declining? The roles of abstinence, sexual activity and contraceptive use. New York, New York: The Alan Guttmacher Institute;1999.
- Miller FC. Impact of adolescent pregnancy as we approach the new millenium. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2000, 13:5-8.
- Get organized: a guide to preventing teen pregnancy. Available from: <http://www.teenpregnancy.org/getorgan.htm>
- Ministério da Saúde. Assistência pré-natal: Manual técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde-SPS; 2000.
- Polaneczky M, O'Connor KC. Gravidez na adolescente. In: Braverman P, Polaneczky M. *Clínicas Pediátricas da América do Norte*. Edição em português. Madri: Ediciones Harcourt, S.A.; 1999.p.653-74.
- Zabin LS, Sedivy V, Emerson MR. Subsequent risk of childbearing among adolescents with a negative pregnancy test. *Fam Plann Perspect* 1994;26:112.