

## Review Article/Artigo de Revisão

### Prevention of pregnancy in adolescence: attitudes, methods and strategies

### Prevenção da gravidez na adolescência: atitudes, metodologias e estratégias

Cátia Carnide\*, Silvia Fernandes\*\*, Marisa Pinheiro\*\*, Joana Belo\*\*\*, Helena Leite\*\*\*

??????????????

#### Abstract

Adolescence is the transition between childhood and adulthood, characterized by many biological, psychological and social transformations. Sexuality in adolescence includes many experiences that involve sexual relationship. The early age at first sexual experience is usually associated with no contraception and consequently with an increased risk of unwanted pregnancies, and sexually transmitted infections (STI). Prevention of pregnancy and a good public health practice requires effective sexual education programs combined with easy access to contraception. Promoting accessibility to primary health care and developing strategies to improve adhesion and the correct use of contraception are necessary to reduce unwanted pregnancies and STI among adolescents. This review discusses methodologies and attitudes to develop in adolescence regarding these issues.

**Keywords:** ??????????????

#### INTRODUÇÃO

A adolescência, fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracteriza-se pela vivência de várias transformações bio-psico-sociais. Segundo a OMS consideram-se como limites etários os 10 e os 19 anos<sup>1</sup>.

A curiosidade por novas experiências, a impulsividade e a necessidade de afirmação da sexualidade associadas a esta fase, podem levar a adolescente a passar por uma série de vivências que incluem o relacionamento sexual. Actualmente, a idade média da primeira relação sexual nos países

desenvolvidos é de 16 anos, sendo que em 20% dos casos ocorre antes dos 15 anos<sup>2</sup>. A idade precoce da primeira relação sexual, habitualmente não protegida, está associada a um aumento do risco de gravidez não desejada e a infecções sexualmente transmissíveis (IST)<sup>1</sup>.

A prevenção primária da gravidez, sendo este um dos objectivos fundamentais a nível da saúde pública, deve idealmente iniciar-se antes dos 15 anos de idade, ou seja, previamente ao início da actividade sexual. De facto, a diminuição da taxa de gravidez na adolescência que se tem verificado na última década reflecte a existência de programas efectivos de educação sexual e reprodutiva, aliados ao acesso à contraceção<sup>4</sup>.

Os programas de saúde escolar<sup>3</sup> que estabelecem como prioridade a informação e formação sobre saúde reprodu-

\* Interna Complementar de Ginecologia/Obstetrícia

\*\* Assistente Hospitalar de Ginecologia/Obstetrícia

\*\*\* Assistente Graduada de Ginecologia/Obstetrícia

tiva constituem uma mais valia no contexto da prevenção primária e secundária.

Perante uma adolescente que já iniciou a actividade sexual, uma das apostas deverá centrar-se na contracepção, para além de informar e esclarecer acerca da sexualidade e gravidez. Fomentar a acessibilidade aos cuidados primários de saúde e desenvolver estratégias que promovam a adesão e correcta utilização dos métodos contraceptivos constituem uma opção incontornável para evitar a gravidez e as IST entre as adolescentes.

O objectivo desta revisão é abordar as várias atitudes a adoptar, as metodologias a desenvolver e definir estratégias, quer a nível da educação sexual quer da contracepção, na adolescência.

## GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Apesar de Portugal ser um dos países com maior taxa de gravidez na adolescência, o número de nados vivos em mulheres com menos de 20 anos por 100 nados vivos tem vindo a diminuir ao longo dos anos. Entre 2001 e 2009 o valor deste indicador diminuiu de 5,9 para 4,2<sup>5</sup>. De acordo com os dados publicados pelo INE, em Portugal, houve 4905 e 4052 nados-vivos de mães adolescentes (entre os 11 e 19 anos) em 2006 e 2010, respectivamente. Num estudo realizado pela World Health Statistics em 2008, em que foram avaliados os “Global Health Indicators” em 19 países, em mulheres entre os 15 e 19 anos, a taxa de fertilidade por 1000 mulheres foi mais elevada nos USA, seguido pelo Reino Unido, Nova Zelândia e Portugal<sup>1</sup>.

A gravidez na adolescência é considerada de risco num contexto de desenvolvimento bio-psico-social. Trata-se, na maioria dos casos, de uma gravidez não programada, não vigiada ou com início de vigilância tardia, com um impacto negativo a nível social e económico para a mãe e para a criança<sup>6,7</sup>.

As implicações psicossociais da gravidez na adolescência podem, por vezes, ser mais importantes do que as possíveis complicações obstétricas. Estes casos podem despoletar o abandono do lar dos pais, o abandono pelo pai da criança, a opressão e discriminação social, a interrupção dos estudos, levando a consequências futuras, tais como empregos menos remunerados e dependência financeira dos pais por mais tempo. O casamento ou co-habitação precoce são muitas vezes motivados e precipitados exclusivamente pela gravidez. Para além disso, a falta de informação e as fantasias da mãe ex-criança em relação à gravidez associam-se a alterações psicológicas e afectivas, sendo mais frequentemente reveladas sob a forma de ansiedade e depressão<sup>8</sup>.

Cerca de 75 a 82% das gravidezes nas adolescentes são consideradas não desejadas e não planeadas e, aproximadamente 35-40% terminam em aborto<sup>4,6,7,9</sup>.

A gravidez na adolescência está associada a complicações obstétricas e neonatais<sup>4</sup>. A grávida adolescente tem uma vigilância mais tardia e um maior risco de complicações, tais como parto pré-termo, fetos leves para a idade gestacional, hemorragia puerperal, endometrite pós-parto e mortalidade pós-neonatal<sup>10,11</sup>. Alguns dos factores apontados para estas complicações obstétricas são a imaturidade biológica e os factores sócio-demográficos (iliteracia, famílias disfuncionais, baixo nível sócio-económico)<sup>12</sup>. Por se tratar de um grupo bastante heterogéneo, o peso destes factores é variável. Nas adolescentes com menos de 15 anos, o factor biológico parece ser preponderante, passando a assumir um papel de maior relevo os factores psicossociais nas adolescentes mais velhas.

Os filhos de mães adolescentes estão mais predispostos a problemas comportamentais e sociais quando adolescentes<sup>4</sup>

### 1. Prevenção primária

Estima-se que metade das gravidezes das adolescentes surge nos primeiros 6 meses após a coitarca e 20% no primeiro mês após a primeira relação sexual<sup>4</sup>.

O envolvimento da adolescente na actividade sexual ocorre na maioria dos casos sem que haja oportunidade para abordar previamente o assunto com familiares, amigos, ou mesmo com o parceiro<sup>4</sup>. Por outro lado, nesta população é muitas vezes notória a dificuldade em relacionar os actos presentes com possíveis consequências futuras, levando a relações sexuais sem contracepção<sup>4</sup>.

A solução está em promover uma maior abertura para a discussão da sexualidade na família, comunidade e escola. Esta medida pode levar a uma melhor compreensão sobre os riscos associados à actividade sexual precoce e desinformada. A educação sobre contracepção deve ser combinada com um destaque sobre os diferentes aspectos da vida social e treino de competências, incluindo a capacidade de decidir quando se tornar sexualmente activa.

Neste contexto os programas de educação sexual e reprodutiva deverão ser abrangentes e adaptáveis, com o principal objectivo de informar e esclarecer os adolescentes. A evidência esmagadora indica que os programas de abstinência sexual não têm um impacto positivo nos comportamentos sexuais, incluindo o atraso no início das relações sexuais e redução do número de parceiros sexuais<sup>4</sup>. Pelo contrário, os programas de educação sexual compreensivos que incluem a contracepção são efectivos e não aumentam a frequência das relações sexuais ou o início mais precoce da activida-

de sexual. A probabilidade da adolescente usar um método contraceptivo na primeira relação sexual aumenta em 1/3 após informação sobre contraceção<sup>13</sup>. Esta probabilidade aumenta se a informação for proporcionada no ano em que a adolescente inicia a sua actividade sexual<sup>13</sup>.

Tanto nas escolas como a nível da comunidade, para além das acções de formação com continuidade ao longo do ano, devem assinalar-se as festividades comemorativas como o Dia dos Namorados, o Dia Mundial da Luta contra a SIDA, o Dia Mundial da Gravidez na Adolescência, com alusão à contraceção e IST.

O papel das consultas de Planeamento Familiar / Ginecologia e de Pediatria a nível da educação sexual é indubitavelmente inferior ao da família e da escola. No entanto, nestas consultas deverá constar sempre informação e aconselhamento adicional sobre sexualidade, IST, contraceção, comportamentos de risco, consumo de substâncias tóxicas, etc. A boa comunicação com as adolescentes requer uma abordagem específica, tendo em conta a maturidade cognitiva e o nível psicossocial de cada uma individualmente.

## 2. Contraceção na adolescência

Os serviços que incluem o atendimento a adolescentes devem ser acolhedores e culturalmente apropriados, com disponibilidade para a criação de uma relação de empatia, permitindo o diálogo sobre contraceção, sexualidade e aspectos globais de saúde<sup>14</sup>. Devem dispor de um espaço reservado para o exclusivo atendimento de adolescentes com um ambiente confortável e favorável ao diálogo, onde as consultas possam decorrer sem interrupções e em ambiente de privacidade<sup>15</sup>.

A informação e o acesso à contraceção, bem como a motivação para a sua correcta utilização, são a chave do sucesso para atingir os nossos objectivos. Sublinha-se a necessidade de se estabelecer uma relação de confiança médico-doente que assegure uma discussão aberta e confidencial<sup>4</sup>. Independentemente do que traz a adolescente à

consulta, a contraceção é um assunto que deve ser abordado e os mitos, medos e preocupações sobre a mesma devem ser identificados e descodificados.

A adolescente deve ser esclarecida de uma forma clara e acessível acerca dos diferentes métodos contraceptivos, de forma que esta possa fazer uma livre escolha do método que pretende utilizar. Deve haver espaço para que possam ser colocadas questões e obtidas as informações pretendidas. É importante enaltecer a abstinência de uma jovem que ainda não é sexualmente activa mas deve ser deixada uma porta aberta em relação à protecção contra as IST e gravidez. Acentuar que a escolha do método contraceptivo é uma matéria privada e de responsabilidade, devendo ter como base o aconselhamento médico, e não o aconselhamento de amigos<sup>4</sup>. A demonstração do modo de aplicação e funcionamento dos diferentes métodos constituiu uma importante medida para promover a adesão e correcta utilização dos contraceptivos. A recapitulação das instruções referentes à aplicação do método permite maximizar o uso correcto e consequentemente a sua eficácia.

Por outro lado, a comunicação com os pais a nível da consulta deve ser promovida. O envolvimento dos familiares, que resulta na promoção de um suporte emocional da adolescente, é uma vantagem para esta, sendo mais provável a correcta utilização do método contraceptivo. Contudo, o médico deve ter a permissão da adolescente para o envolvimento dos pais<sup>4</sup>. Idealmente, as jovens devem ser encorajadas a informar os pais ou autorizar o clínico a fazê-lo<sup>14</sup>.

A prescrição de um método contraceptivo obedece a uma série de normas consensuais que integram a eficácia do método e a possibilidade de ser usada de uma forma correcta e consistente. Factores de saúde individuais, desejos pessoais, risco de gravidez e IST devem ser tidas em conta quando se elege um dos métodos. A idade por si só não constitui contra-indicação à utilização de qualquer método contraceptivo, podendo a maioria dos métodos ser usado sem restrições (Quadro 1)<sup>16, 17, 18</sup>.

**Quadro 1** - Critérios de elegibilidade dos diferentes métodos contraceptivos na adolescência. (Consenso sobre contraceção 2011. Sociedade Portuguesa Ginecologia, Sociedade Portuguesa Contraceção, Sociedade Portuguesa Medicina Reprodução)

Condição	CHC (O/T/V)	PO	Implante Injectável	Progestativo LNG	DIU- -Cu	DIU- -Barreira	Met.	CE
<b>Adolescência</b>	1	1	1	2	2	2	2	1

Legenda:

A categoria 1 inclui as situações em que não há restrição ao uso do contraceptivo.

A categoria 2 indica que o método pode ser usado requerendo o seu uso uma vigilância médica específica.

A categoria 3 indica que o uso do método não é recomendado, a menos que, outros métodos não estejam disponíveis ou não sejam aceites.

A categoria 4 inclui as situações em que o uso do contraceptivo representa um risco não aceitável para a saúde.

O preservativo e os contraceptivos hormonais orais são os métodos mais frequentemente utilizados entre as adolescentes<sup>19</sup>. Segundo a OMS, tem-se verificado uma tendência para o aumento da utilização de métodos contraceptivos sobretudo à custa da utilização do preservativo, que deve ser incentivado como método de primeira linha e idealmente associado a outro método. Num estudo recentemente efectuado no Reino Unido, 90% das adolescentes referiram utilizar contracepção, especialmente o preservativo, na primeira relação sexual<sup>1</sup>.

### a) Contracepção hormonal combinada

A contracepção hormonal combinada (CHC) quer por via oral (pílula), vaginal ou transdérmica têm uma elevada eficácia contraceptiva, embora estejam dependentes da correcta utilização, o que nem sempre se verifica no grupo das adolescentes. A utilização incorrecta da pílula é responsável por 30% das falhas deste método<sup>1</sup>. Deve, por isso, ser reforçada a importância da correcta utilização do método. A utilização dos recursos electrónicos disponíveis, nomeadamente de telemóvel, pode ser incentivada.

Quanto à dosagem da pílula, é defendida a utilização de compostos com 30mg de etinilestradiol nas adolescentes mais novas, de forma a proteger as jovens da diminuição da densidade mineral óssea<sup>20, 21, 22</sup>. Nos casos das adolescentes fumadoras, apesar de o tabaco não ser uma contra-indicação absoluta à utilização de CHC, a dose recomendável é de 20µg de etinilestradiol<sup>13</sup>. Nas jovens com acne, deve ser dada preferência a pílulas que não contenham levonogestrel na sua composição.

Actualmente, há autores que defendem a utilização da pílula de forma contínua, sem pausas, referindo que permite uma maior adesão ao método contraceptivo e, portanto, havendo um menor risco de falha. Nestes casos, devem ser preferidas pílulas com embalagens de 28 comprimidos, para obviar o risco de falha do método<sup>4</sup>.

Existem várias preocupações por parte das adolescentes, levando-as a colocar diversas questões em relação à toma da pílula. Se estas questões não forem esclarecidas de forma clara pode haver comprometimento da adesão à contracepção hormonal. Uma das questões mais importantes é o receio de cancro da mama, particularmente quando há antecedentes familiares. Um largo estudo populacional demonstrou não existir relação entre a utilização de contracepção hormonal combinada e cancro da mama, mesmo nas mulheres que iniciaram a pílula antes dos 20 anos, não havendo relação com a duração da utilização, a dose hormonal e a história familiar positiva<sup>23</sup>.

Outro factor que preocupa as adolescentes é o possível aumento de peso associado à toma da pílula. Gallo e seus colaboradores<sup>24</sup>, realizaram um estudo comparativo entre a pílula e o placebo, no qual verificou não existir associação entre o aumento de peso e a contracepção hormonal<sup>1</sup>.

Os possíveis efeitos secundários da pílula devem ser antecipados, de forma a poder ser esclarecida a importância dos mesmos e qual a atitude que a adolescente deve tomar. Pretende-se assim que seja mantida a toma da pílula durante pelo menos 3 meses até ser feita uma nova consulta para reavaliação clínica<sup>14</sup>. A adolescente deverá estar preparada para o possível aparecimento de efeitos secundários como náuseas, mastodinia e metrorragias, ciente de que estes são comuns nos primeiros ciclos menstruais sendo, no entanto, possível minorá-los.

As contra-indicações à toma da pílula, a medicação crónica e a patologia associada, embora raras nesta faixa etária, devem ser tidas em conta aquando do aconselhamento.

Uma das estratégias para aumentar a adesão à CHC é salientar os benefícios contraceptivos, bem como os aspectos positivos para além da contracepção, como a regularização do ciclo menstrual, a diminuição da dismenorreia, menorragias, acne, hirsutismo, doença inflamatória pélvica (DIP), gravidez extra-uterina, entre outros<sup>1</sup>.

A CHC via vaginal e transdérmica são menos utilizadas pelas adolescentes do que a pílula<sup>1</sup>. No entanto, sendo as indicações semelhantes para os vários tipos de CHC, as formas não orais evitam a primeira passagem hepática e são particularmente úteis nos casos de intolerância à toma oral. Têm também como vantagens promoverem uma libertação hormonal contínua, com consequente atingimento de níveis séricos hormonais mais constantes. As adolescentes podem optar pelas formas não orais pelo facto de não necessitarem de um compromisso diário<sup>1</sup>.

A taxa de descolamento total ou parcial do sistema transdérmica nas adolescentes é 35% superior ao referido entre os adultos<sup>1,14</sup>. Assim, é imperativo que sejam dadas instruções (verbais e escritas) sobre as medidas a adoptar perante este incidente<sup>14</sup>.

São apontadas como razões para a boa adesão à utilização do anel vaginal o facto de não ser necessária uma utilização diária, de ter uma eficácia equivalente à da pílula, de permitir igualmente um bom controlo do ciclo menstrual, e de ter uma baixa incidência de efeitos secundários<sup>14</sup>. Como desvantagens em relação à aplicação do anel vaginal refere-se a dificuldade de manipulação dos genitais e o desconforto durante a relação sexual, levando à remoção do anel durante as relações sexuais numa pequena percentagem das adoles-

centes. Nestes casos deve alertar-se para o compromisso da eficácia contraceptiva após 3 horas de remoção.

### **b) Contracepção com progestativo**

Na presença de uma contra-indicação para a utilização de estrogénio e na adolescente a amamentar pode ser utilizado um método contraceptivo apenas com progestativo.

A forma oral do progestativo isolado é um método eficaz mas depende da correcta utilização por parte da adolescente. Não é considerado um método de primeira linha uma vez que, para além de requerer uma toma diária meticulosa, produz um padrão hemorrágico imprevisível<sup>14</sup>.

O implante com libertação prolongada de progestativo é particularmente atractivo na adolescente uma vez que confere uma protecção durante 3 anos. Tem como vantagens ter uma elevada eficácia contraceptiva, não depender da correcta utilização por parte da adolescente ou da necessidade de toma diária, e ser um método reversível. O aumento excessivo de peso, o padrão hemorrágico imprevisível e a amenorreia podem dificultar a adesão ao método. No entanto, esta dificuldade pode ser ultrapassada se a adolescente for devidamente esclarecida e informada acerca destes efeitos secundários. Algumas medidas têm sido preconizadas para minimizar as metrorragias irregulares que podem ocorrer com este método, nomeadamente a prescrição de ácido mefenâmico, etinilestradiol ou pílula combinada<sup>25</sup>.

O progestativo injectável é uma contracepção de longa duração que não depende da utilizadora e tem efeito durante 12 semanas. Tem como desvantagens estar associado a um padrão hemorrágico imprevisível e a uma diminuição da densidade mineral óssea. Assim, não é um método aconselhado nas adolescentes com menos de 18 anos, sobretudo na utilização superior a 2 anos, devendo limitar-se a sua utilização às situações em que os outros métodos não podem ser utilizados ou não estão disponíveis. Poderá ter indicação em algumas situações específicas, como por exemplo no caso da anemia de células falciformes, uma vez que há melhoria das crises dolorosas e dos parâmetros hematológicos.

### **c) Métodos de barreira**

O preservativo protege contra IST, é facilmente adquirido, é relativamente barato, fácil de utilizar e não tem efeitos sistémicos<sup>14</sup>. Os principais inconvenientes à sua utilização incluem a interrupção da espontaneidade da relação sexual e a dificuldade em usá-lo correctamente<sup>1</sup>. A taxa de falha deste método entre os adolescentes chega a ser dez vezes superior à descrita entre os adultos<sup>4</sup>.

A divulgação da utilização do preservativo deve ser promovida quer pelos meios de comunicação social quer

pelos escolas. Os jovens de ambos os sexos devem ser instruídos sobre a sua correcta utilização<sup>4</sup>.

A realização de questionários de avaliação sobre a frequência e dificuldades encontradas na utilização do preservativo aplicados a nível da comunidade, escolas e consultas, constituem igualmente uma forma eficaz de sensibilizar esta população. Outra estratégia eficaz para implementar a difusão deste método de barreira entre os adolescentes é a sua distribuição gratuita ou a preço reduzido.

O preservativo é o método contraceptivo mais utilizado pelas adolescentes mais jovens, sendo na maioria dos casos usado isoladamente<sup>4</sup>. Nas adolescentes que optam pela contracepção hormonal deve ser encorajada a utilização concomitante do preservativo.

Outro dos métodos de barreira a considerar é o preservativo feminino. No entanto o seu preço e complexidade da sua utilização podem ser obstáculos para a adolescente.

### **d) Dispositivo intra-uterino (DIU)**

Uma das grandes vantagens do DIU é a sua elevada eficácia contraceptiva, sendo esta independente da utilização por parte da utilizadora. Além disso, permite uma contracepção de longa duração (5 anos para DIU com levonorgestrel e 10 anos para DIU de cobre), reversível. A principal preocupação na utilização do DIU na jovem é o risco de doença inflamatória pélvica (DIP) e subsequentemente de infertilidade. O risco de DIP é maior nas primeiras 3 semanas após a sua inserção<sup>14</sup>. Com a crescente informação sobre o risco de DIP associado ao DIU, a World Health Organization e a American College of Obstetricians and Gynecologists passaram a aprovar também o DIU desde a menarca até aos 20 anos.

Poderá haver uma maior dificuldade na sua colocação e uma maior taxa de expulsão em nulíparas<sup>1</sup>. Num estudo, 86% das adolescentes referiram desconforto e dor moderada a severa na sua colocação contudo, não houve evidência de que a sua inserção fosse mais difícil entre as adolescentes<sup>2</sup>. A taxa de expulsão varia entre 5 e 22%, ocorrendo maioritariamente entre os 6 e 48 meses, estando inversamente relacionada com a idade<sup>14</sup>.

O DIU com levonorgestrel permite uma redução do fluxo menstrual e uma diminuição da dismenorreia podendo, no entanto, estar associado a alguns efeitos secundários como padrão hemorrágico irregular, spotting e amenorreia em 25% dos casos.

Este método contraceptivo está particularmente indicado nas mães adolescentes, podendo ser colocado a partir das 4 semanas de puerpério, e nas adolescentes com metrorragias abundantes e dismenorreia severa associadas a endometriose<sup>14</sup>.



### e) Contraceção de emergência

As adolescentes devem ser conhecedoras da contraceção de emergência, dos diferentes tipos existentes, do modo de utilização e da sua acessibilidade.

Actualmente, estão disponíveis diversos produtos: Norlevo<sup>®</sup>, Postinor<sup>®</sup> e Levonelle<sup>®</sup> com 1.5mg de levonogestrel; e, EllaOne<sup>®</sup> com 30mg de acetato de ulipristal.

A contraceção de emergência deve ser iniciada o mais precocemente possível, uma vez que existe uma redução do risco de gravidez de 95% e de 74% quando tomada nas primeiras 24 horas e 72 horas após a relação sexual desprotegida, respectivamente<sup>27</sup>.

O acetato de ulipristal é um modulador selectivo dos receptores de progesterona e tem como vantagem a demonstrada eficácia até 5 dias após a relação sexual desprotegida.

O DIU de cobre pode ser utilizado com esta finalidade até 7 dias após a relação sexual desprotegida.

A contraceção de emergência não permite a protecção contraceptiva para o resto do ciclo menstrual, devendo ser aconselhada a abstinência ou a utilização de preservativo nos primeiros 7 dias após a relação sexual desprotegida<sup>14</sup>.

Não há qualquer contraindicação à utilização da contraceção de emergência<sup>14</sup>. Contudo, deve ser recomendada apenas em situações de emergência.

O contacto com a adolescente nesta situação é uma oportunidade imperdível para esta poder ser orientada para consultas de vigilância ginecológica e para iniciar uma contraceção regular.

### f) Contraceção definitiva

A contraceção definitiva, que inclui a laqueação tubária (por laparotomia ou laparoscopia) e a oclusão tubar (Essure<sup>®</sup> ou Adiana<sup>®</sup>), não é um método adequado na maioria dos casos na adolescência. Deve ser considerado apenas em situações especiais, quando outros métodos não são aceitáveis e existe uma contra-indicação absoluta à gravidez. De acordo com a Legislação Portuguesa (Lei 3/84 – Art.º 10.º), a esterilização voluntária só pode ser praticada por maiores de 25 anos, mediante declaração escrita devidamente assinada, e nos casos em que a esterilização é determinada por razões de ordem médica é dispensado o limite de idade.

## COMENTÁRIOS

Actualmente, parece haver uma tendência para a maioria das adolescentes com vida sexual activa utilizarem um método contraceptivo, sendo o preservativo o mais frequentemente utilizado na primeira relação sexual.

Surgem como barreiras à utilização da contraceção pelas adolescentes a ignorância, o medo de serem julgadas, a dificuldade no acesso aos serviços de saúde, a preocupação sobre a confidencialidade, o medo relativamente aos riscos dos métodos contraceptivos e o receio do exame ginecológico.

Compete aos profissionais de saúde remover estes obstáculos através de uma série de medidas, tais como:

- divulgar informação através dos meios de comunicação social/serviços de saúde específicos para atendimento aos adolescentes;

- ajustar a prática clínica, de modo a satisfazer as necessidades específicas de cada adolescente, principalmente no que se refere à flexibilidade de horários;

- atrair as jovens para os serviços de saúde, tornando-os amigáveis e com informação sobre a confidencialidade. Deve ser esclarecido que a informação relativa aos seus dados pessoais só é divulgada em circunstâncias excepcionais (risco físico e emocional grave);

- incentivar o diálogo com os pais, devendo prevalecer o interesse da adolescente;

- aconselhar relativamente à contraceção através de informação suficiente, clara e esclarecedora;

- distribuir métodos contraceptivos gratuitamente ou a baixo custo através de serviços de saúde<sup>4</sup>, de forma a permitir a continuidade e a sustentabilidade da contraceção;

- promover estratégias para aumentar a adesão às consultas de vigilância, como por exemplo, calendarização das consultas subsequentes tendo em atenção a assiduidade e o desempenho escolar;

- envolver o companheiro nas estratégias de adesão e na responsabilização da contraceção.

Algumas adolescentes desejam engravidar e esse desejo deve ser respeitado. É importante que tenham liberdade para discutir as suas opções sem medos ou juízos de valor, e terem apoio numa perspectiva positiva de saúde sexual e reprodutiva. No entanto, a maioria prefere desfrutar em pleno da liberdade da juventude e quer diferir a gravidez para depois do cumprimento dos seus cursos e carreiras. A utilização de um método contraceptivo está associado a uma identidade sexual positiva e revela responsabilidade e sensibilidade.

Deve ser uma preocupação de todos a identificação de adolescentes que se enquadram num grupo de risco elevado e que, portanto, não irão procurar contraceção. São estas as adolescentes mais novas, sem perspectivas de futuro, sem apoio familiar e da comunidade e sem acesso aos serviços de saúde. Existem alguns comportamentos de risco, como o abuso de bebidas alcoólicas e consumo de drogas, que não sabemos até que ponto podem influenciar o uso de contraceção<sup>1</sup>. Sabemos que as jovens com um bem-estar emocional

reduzido estão menos aptas a utilizar contracepção de uma forma correcta. É assim importante desenvolver intervenções para aumentar a eficácia da contracepção focalizadas particularmente em grupos-alvo<sup>28, 29</sup>.

Devemos também reforçar que apesar da primeira relação sexual poder ser imprevisível, a contracepção pode ser planeada<sup>1</sup>. Compete ao médico identificar os casos de indecisão, aconselhar acerca do melhor método contraceptivo, salientar os seus benefícios e antecipar os seus efeitos adversos. Salienta-se a importância de uma abordagem integrada que vise, entre outros, a protecção das adolescentes em relação à gravidez não planeada e IST, no sentido de promover a saúde no global e permitir o adequado desenvolvimento sexual e reprodutivo.

### BIBLIOGRAFIA

- French R, Cowan F. Contraception for adolescents. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2009; 23: 233-247.
- Paul C, Fitzjohn J, Herbison P, et al. The determinants of sexual intercourse before age 16. *J Adolesc Health* 2000; 27: 136-147.
- Direcção Geral de Saúde. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar 2006; pág. 17.
- Speroff L, Darney P. A clinical guide for contraception. 5th edition. United States: Lippincott Williams & Wilkins, 2010. 351-364 p.
- Plano Nacional de Saúde. Indicadores e Metas do PNS 2004-2010. 1: 54.
- Nanchahal K, Wellings K, Barrett G et al. Changes in the circumstances of young mothers in Britain: 1990 to 2000. *J Epidemiol Community Health* 2005; 59: 828-833.
- DaSilva AA, Simoes VM, Barbieri MA et al. Young maternal age and preterm birth. *Paediatr Perinat Epidemiol* 2003; 17: 332-339.
- Gavin A, Lindhorst T, Lohr M. The prevalence and correlates of depressive symptoms among adolescent mothers: results from a 17-year longitudinal study. *Women Health* 2011; 51(6): 525-45.
- Rosengard C, Phipps M, Adler N et al. Adolescent pregnancy intentions and pregnancy outcomes: a longitudinal examination. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35: 453-461.
- Santelli JS, DiClemente RJ, Miller KS et al. Sexually transmitted diseases, unintended pregnancy, and adolescent health promotion. *Adolesc Med* 1999; 10: 87.
- Graça L. Medicina materno-fetal. 4ª Ed. Lidel. 2010.
- Phipps MG, Blume JD, DeMonner SM. Young maternal age associated with increased risk of postneonatal death. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 481.
- Mauldon J, Luker K. The effects of contraception education on method use at first intercourse. *Fam Plann Perspec* 1996; 28 (19): 24-41.
- Weisberg E. Contraceptive options for women in selected circumstances. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 593-604.
- Burgis J, Bacon J. Communicating with the adolescent gynecology patient. *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America* 2003; 30: 251-260.
- Bartz D, Shew M, Ofner S et al. Pregnancy intentions and contraceptive behaviours among adolescent women: a coital event level analysis. *Journal of Adolescent Health* 2007; 41: 271-276.
- Department of Reproductive health. Medical eligibility criteria of contraceptive use. 4th edition World Health Organization, 2009.
- Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare UK. Medical eligibility criteria of contraceptive use. RCOG 2009.
- Alan Guttmacher Institute. State policies in brief. New York, NY: Alan Guttmacher Institute; 2004.
- Martins SL, Curtis KM, Glasier AF. Combined hormonal contraception and bone health: a systematic review. *Contraception* 2006; 73: 445- 69.
- Cromer BA, Stager M, Bonny A et al. Depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptives and bone mineral density in a cohort of adolescent girls. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35: 434- 41.
- Hartard M, Kleimond C, Wiseman M et al. Detrimental effect of oral contraceptives on parameters of bone mass and geometry in a cohort of 248 young women. *Bone* 2007; 40: 444- 450.
- Marchbanks PA, McDonald JA, Wilson HG, et al. Oral contraceptives and the risk of breast cancer. *New England Journal Medicine* 2002; 346: 2025-2032.
- Gallo MF, Grimes DA, Schultz KF, et al. Combination estrogen-progestin contraceptives and body weight: systematic review of randomized controlled trials. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 359-373.
- Brown A. Long-term contraceptives. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2010; 24: 617-631.
- Brockmeyer A, Kishen M, Webb A. Experience of IUD/IUS insertions and clinical performance in nulliparous women – a pilot study. *Eur J Contracept Reprod Health Care* 2008; 13: 248-254.
- Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation. Randomised, controlled trial of levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *Lancet* 1998; 352: 428-433.
- Sieving R, McMorris B, Beckman K et al. Prime time: 12-month sexual health outcomes of a clinic-based intervention to prevent pregnancy risk behaviors. *Journal of Adolescent Health* 2011; 49: 172-179.
- Tanner A, Secor-Turner M, Garwick A et al. Engaging vulnerable adolescents in a pregnancy prevention program: perspectives of prime time staff. *Journal of Pediatric Health Care* 2010.
- Alvin P. Contraception chez l'adolescente: le grand paradoxe. *Archives de pédiatrie* 2006; 13: 329-332.
- Committee on Adolescence. Contraception and adolescents. *Pediatrics* 2007; 120 (5): 1135-1148.
- Giordano M, Giordano L. Contracepção na adolescência. *Adolescência e Saúde* 2009; 6 (4): 11-16.
- Renteria S-CH, Narring F. Sexualité des adolescents: épidémiologie, approche clinique et stratégies préventives. *Praxis* 2000; 89: 5-16.
- Kinsella E. Characteristics of adolescent women who stop using contraception after use at first sexual intercourse. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 73-81.
- Upadhyia K, Ellen J. Social disadvantage as a risk for first pregnancy among adolescent females in the United States. *Journal of Adolescent Health* 2011; xx.
- Boardman L, Allsworth J, Phipps M, Lapane K. Risk factors for unintended versus intended rapid repeat pregnancies among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 2006; 39: 597.e1-597.e8.
- Keskinoglu P, Bilgic N, Picakciefe M et al. Perinatal outcomes and risk factors of Turkish adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2007; 20: 19-24.
- Bonny A, Secic M, Cromer B. Relationship between weight and bone mineral density in adolescents on hormonal contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2010; xxx.
- Polatti F, Perotti F, Filippa N, et al. Bone mass and long-term monophasic oral contraceptive treatment in young women. *Contraception* 1995; 51: 221.
- Beksinska M, Kleinschmidt I, Smit J, Farley T. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception* 2007; 75: 438-443.
- Busen, NH, Britt, RB, Rianon, N. Bone mineral density in a cohort of adolescent women using depot medroxyprogesterone acetate for one to two years. *J Adolesc Health* 2003; 32:257.
- Cromer BA. Bone mineral density in adolescent and young adult women on injectable or oral contraception. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; 15: 353.
- Banks E, Berrington A, Casabonne D. Overview of the relationship between use of progestogen-only contraceptives and bone mineral density. *BJOG* 2001; 108: 1214.
- Rome E, Ziegler J, Secic M, et al. Bone biochemical markers in adolescent girls using either depot medroxyprogesterone acetate or an oral contraceptive. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2004; 17: 373.