

Isabel Bouzas¹
Andréa Pacheco²
Evelyn Eisenstein³

Orientação dos principais contraceptivos durante a adolescência

Atualmente o sexo está tão explicitado, tão divulgado através da mídia, que parece que nada mais resta a dizer, que todo mundo sabe tudo sobre o assunto. Pode ser na aparência, na superfície das relações humanas. As pessoas fingem que sabem de tudo, mas os adolescentes estão cada vez mais confusos e sem saber como se proteger de uma gravidez indesejada. A sexualidade continua um mistério, especialmente para os adolescentes, que começam a decifrar um mundo absolutamente novo e consumista, onde *ter* mais substitui o *ser* mais. E na adolescência existe a busca de si mesmo, através das descobertas que incluem as novas sensações sexuais. É a procura da identidade sexual e a expressão diária de seu papel sexual.

A adolescência é marcada essencialmente pelas transformações sexuais que asseguram a possibilidade de reprodução e preservação da espécie. Mas as mudanças corporais e de comportamento dizem também respeito às novas descobertas emocionais e sociais. Mesmo havendo grande quantidade de informações, elas são insuficientes diante das fantasias e dos desejos sexuais. Saber é muito importante, mas viver e transar sem engravidar ou transmitir doença sexualmente transmissível é o desafio desta geração de adolescentes brasileiros. Obter informações consistentes e seguras sobre sexualidade e contracepção é um novo caminho a ser percorrido, onde existem riscos e encruzilhadas decisivas, e onde o profissional de saúde que lida com os adolescentes pode exercer o papel de bússola, permitindo uma melhor orientação para a prevenção da gravidez⁽⁵⁾.

As adolescentes geralmente têm mais chances de engravidar nos primeiros seis meses de relacionamento do que as mulheres adultas, devido à falta de informações e de acesso aos contraceptivos, e também devido à falta de planejamento de sua vida sexual, que ocorre a intervalos irregulares. Geralmente os amigos ou a família são os que in-

dicam os métodos contraceptivos usados no início, até a busca efetiva de aconselhamento médico, exame ginecológico e orientação contraceptiva.

Como conseguir que as adolescentes façam uso de algum método contraceptivo? Qual o melhor método contraceptivo para ser indicado? Qual é o mais eficaz e com menores efeitos colaterais? Como evitar uma gravidez não-planejada e diminuir a frequência de gestações na adolescência do Brasil?

Para impedir que haja gravidez é necessário interromper ou evitar o processo de ovulação, ou a fecundação, ou, ainda, a implantação do ovo no endométrio. As diversas técnicas anticoncepcionais vão atuar numa dessas fases, tendo, portanto, características específicas, algumas das quais desaconselhadas ou mesmo vetadas para adolescentes.

MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

O método contraceptivo ideal deveria ser de fácil aplicação, possuir 100% de eficácia, risco zero e ausência total de efeitos colaterais. Infelizmente um método que reúna todas essas qualidades não existe.

Na adolescência está indicada a associação de métodos na tentativa de se aumentar a prevenção da gestação não-planejada e reduzir os efeitos colaterais. A associação mais comumente utilizada é o condom e o anticoncepcional hormonal combinado oral (ACO).

¹Ginecologista e obstetra; coordenadora da Atenção Secundária do Núcleo de Estudos da Saúde do Adolescente (NESA); professora do curso de pós-graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FCM/UERJ).

²Médica especializada em Medicina de Adolescente do NESA; mestranda do curso de Medicina de Adolescente da FCM/UERJ.

³Médica pediátrica e clínica de adolescentes; professora-adjunta do NESA; coordenadora de pós-graduação da área de adolescência da FCM/UERJ; diretora da Clínica de Adolescentes.

Os profissionais de saúde que trabalham com adolescentes devem possuir conhecimentos sobre os diversos métodos disponíveis e saber quais os mais utilizados nessa faixa etária. Esses métodos podem ser divididos em comportamentais, de barreira, hormonais, dispositivos intra-uterinos e cirúrgicos.

> ESCOLHA DO MÉTODO

Na decisão sobre o método contraceptivo a ser usado devem ser levados em consideração os seguintes aspectos:

1. conhecimento das características específicas da adolescência, do contexto social e familiar da adolescente;
2. adequadas orientação e transmissão das informações sobre o método, para perfeita compreensão pela adolescente;
3. acompanhamento e assistência médica e ginecológica contínua durante o uso do método contraceptivo.

> MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

Os métodos comportamentais, como coito interrompido e tabela, são muito utilizados entre os adolescentes, mas de forma incorreta. Nenhum deles está indicado para esta faixa etária, pois o índice de falha é alto. Necessitam de autocontrole e conhecimento do próprio corpo. Devem ser desestimulados, mas é essencial que seja ensinada a forma correta de utilizá-los. A tabela deve ser ensinada para que, pelo menos, os adolescentes evitem ter relações sexuais no período de maior fertilidade. Na prática, o que se observa é que a maioria das relações não-protetidas ocorre nesse período, quando a libido é maior. O mesmo ocorre com o coito interrompido: ao serem desestimulados passam a não fazer uso de nenhum tipo de proteção. O método de Billings, baseado nas alterações do muco cervical no período fértil, e o método sintotérmico, que exige medições diárias da temperatura corporal basal, que sofre oscilações na época da ovulação, estão contra-indicados para os adolescentes pelo grau de dificuldade.

TABELA OU MÉTODO DE OGINO-KNAUS

Conhecida como método da tabelinha, tem por base o cálculo dos dias férteis, durante o período de ovulação, que ocorrem no meio do ciclo menstrual, geralmente a partir do 12º ou 14º dia do ciclo. Em geral, o período fértil é em torno do 14º dia em mulheres que menstruam a cada 28 dias. Infelizmente a ovulação não é precisa e sofre influência de vários fatores emocionais e nutricionais. Portanto, é difícil prever a época certa da ovulação. O tempo de vida médio do óvulo é de 24 horas e o do espermatozóide, em torno de 48 horas.

Na adolescência esse método não funciona, pois em geral a adolescente não se lembra do dia em que menstruou ou não conta corretamente os dias após a menstruação, havendo dificuldade de calcular com exatidão o período fértil. Além disso, os encontros amorosos são esporádicos e muitas vezes inesperados. Só uma adolescente muito motivada, organizada e consciente de seus hábitos corporais e que anote em sua agenda os dias do ciclo menstrual terá chance de obter sucesso com a tabelinha. É necessário também um parceiro que respeite sua decisão, e não a obrigue a ter relações durante o período fértil. A tabela pode ser usada associada à camisinha, e, apesar de ainda existirem os riscos de falha, estes são menores.

COITO INTERROMPIDO

Não é propriamente um método de contracepção, mas um comportamento sexual comum entre adolescentes que estão iniciando sua vida sexual. Consiste na retirada do pênis de dentro da vagina antes do início da ejaculação. É de pouca eficácia e de grande risco! É preciso muito autocontrole e disciplina por parte do homem e, além disso, a secreção que antecede a ejaculação já pode conter espermatozoides, daí a possibilidade de gravidez. O coito interrompido é um fator predisponente da ejaculação precoce e da impotência no homem. Na mulher, prejudica ou impede o orgasmo. É importante lembrar que mesmo não havendo penetração completa, a gravidez pode ocorrer, principalmente

se a adolescente estiver no período fértil. Por essas razões esse método não é confiável na prática e deve ser sempre contra-indicado na adolescência.

> MÉTODOS DE BARREIRA

São métodos que evitam a gravidez colocando obstáculos mecânicos e/ou químicos que impedem o acesso dos espermatozoides ao canal cervical. Foram as primeiras formas de contracepção utilizadas, e com o surgimento da AIDS passaram a ser novamente valorizados.

PRESERVATIVO MASCULINO OU CONDOM

O preservativo masculino, também chamado de camisinha, consiste em um envoltório de látex que recobre o pênis durante o ato sexual e retém o esperma por ocasião da ejaculação, impedindo sua penetração no canal cervical. Como impede o contato com a vagina, também reduz o risco de transmissão do HIV e de outros agentes sexualmente transmissíveis.

O método é considerado de baixo custo, sem efeitos colaterais e não necessita de controle médico. É de fácil acesso, podendo ser adquirido em farmácias, supermercados ou outros estabelecimentos comerciais, estando também disponível em algumas unidades de saúde. No aconselhamento do seu uso é fundamental ensinar como colocá-lo e retirá-lo. O condom deve ser colocado antes da penetração, com o pênis ereto. O receptáculo existente na extremidade do preservativo deve ser apertado durante a colocação, com o objetivo de retirar o ar do seu interior e para auxiliar a desenrolá-lo até a base do pênis. A retirada do preservativo deve ocorrer após a ejaculação, com o pênis ainda ereto, fixando-o pela base para que não haja vazamento. O preservativo não pode ser reutilizado.

Apesar da grande divulgação do método entre os adolescentes, o que ocorre na prática é o uso incorreto, principalmente nas idades mais precoces. Os fatores que contribuem para esse fato estão relacionados com as desvantagens do método, como a neces-

sidade de manipulação durante o ato sexual, de alto grau de motivação, de conhecimento e habilidade no uso, de autoconfiança e de interação entre o casal.

O condom é um dos únicos métodos capazes de prevenir as doenças sexualmente transmissíveis (DST) e a AIDS, portanto todos os adolescentes, com ou sem atividade sexual, devem ser orientados a seu respeito, pois para se conseguir seu uso constante é necessária a atuação precoce no comportamento sexual desses jovens, o que significa um trabalho árduo e de longo prazo.

PRESERVATIVO FEMININO OU CONDOM FEMININO

O preservativo feminino tem o mesmo objetivo que o masculino: formar uma barreira física entre o pênis e a vagina. É feito de poliuretano, mais resistente que o látex, portanto pode ser usado com vários lubrificantes. Sua colocação é mais complexa que a do condom, necessitando de um treinamento prévio. Consiste em um tubo fino e transparente com um anel em cada extremidade, um aberto e outro fechado. O anel fechado deve ser inserido dentro da vagina e o aberto permanece do lado de fora após a inserção, protegendo os lábios da vagina e a base do pênis durante o ato sexual. Também confere proteção contra DST e AIDS.

Além de ter um custo superior ao do condom masculino, necessita de mais motivação e orientação, pois envolve questões relacionadas a estética e maior manipulação.

DIAFRAGMA

Deve ser usado por mulheres com mais responsabilidade, geralmente ao final da adolescência. Trata-se de um dispositivo de látex que é introduzido na vagina antes do ato sexual, com geléia espermicida, e que funciona como uma tampa do canal cervical, impedindo a entrada de espermatozoides no útero. É um método que não tem efeitos colaterais nem interferência no ciclo menstrual. Para aumentar sua eficácia deve ser associado à ta-

bela, além de só ser retirado oito a dez horas após o ato sexual. Necessita de exame ginecológico para determinar o tamanho adequado e se ensinar o modo de colocação. Após gestação, aborto ou aumento de peso é necessária outra avaliação.

➤ MÉTODOS HORMONAIS

Os métodos hormonais estão disponíveis sob diversas formas de apresentação, combinações e esquemas terapêuticos. São considerados os mais eficazes entre os métodos contraceptivos.

ANTICONCEPCIONAL HORMONAL ORAL COMBINADO (ACO – PÍLULA)

A pílula anticoncepcional, um dos medicamentos mais estudados na terapêutica médica, quando corretamente utilizada é um método reversível, eficaz e seguro, sendo a forma mais popular de anticoncepção conhecida mundialmente, inclusive por adolescentes. Entretanto é nessa faixa etária que ocorre a maior incidência de uso incorreto e abandono.

Os ACO contêm estrogênio e progesterona. O estrogênio mais utilizado é o etinilestradiol. As chamadas pílulas de baixa dosagem contêm quantidades inferiores a 50µg (as mais usadas têm 30 a 35µg). Atualmente existem as chamadas *ultralight*, com dosagens de 15 a 20µg.

Os progestágenos são necessários para dar maior consistência ao poder anticoncepcional do estrogênio e melhorar o controle do ciclo menstrual.

O mecanismo de ação consiste em: inibição do pico de hormônio luteinizante (LH) no meio do ciclo, impedindo a ovulação; espessamento do muco do colo uterino, dificultando a espermomigração; redução da produção glandular de glicogênio no endométrio, dificultando a nidificação; modificação na contratilidade das trompas.

Os efeitos colaterais nos órgãos e no metabolismo estão relacionados a dosagem hormonal, tempo de uso e fatores predisponentes individuais. O conhecimento desses efeitos é de fundamental

importância, pois eles constituem um dos principais fatores de limitação e adaptação ao método.

Sintomas mais comuns: estrogênio – cefaléia, náuseas, vômitos, tonteadas, irritabilidade e mastalgia; progesterona – aumento do apetite, hemorragia intermediária, queda de cabelo, alterações da libido.

Nas adolescentes, o ganho ponderal e as hemorragias intermediárias são fatores que contribuem para o uso irregular ou o abandono do método, sendo importante a orientação de que esses sintomas são passageiros e tendem a diminuir com o uso regular.

Como forma de evitar esses sintomas deve-se optar por pílulas de menor dosagem e com progestágenos de menores efeitos androgênicos, mineralocorticóides e anabolizantes.

Existem diversas situações clínicas que contra-indicam o uso dos ACO: doenças hepáticas, metabólicas, neurológicas, tromboembólicas, cardiovasculares, neoplásicas e outras que devem ser do conhecimento de todos os médicos que prescrevem ACO.

As principais vantagens no uso do anticoncepcional hormonal oral são: alta eficácia quando utilizado corretamente; falha de 0,1 a 3 por 100 mulheres/ano; reversibilidade, com volta da fertilidade em não mais que um ano após a suspensão; não-relação com o ato sexual; redução do fluxo e das cólicas menstruais, dos sintomas pré-menstruais, da incidência de doença inflamatória pélvica (DIP) e prenhez ectópica, das doenças benignas da mama, da incidência de câncer de ovário e endométrio e do ciclo menstrual.

A pílula ideal para a adolescente é aquela que contém as menores doses de estrogênio e progesterona, mantendo as seguintes características: 1) é eficaz na contracepção; 2) permite um controle eficaz do ciclo; 3) causa menores efeitos colaterais; 4) causa menores alterações nos carboidratos, lípidos, e no sistema de hemostasia.

A adaptação das adolescentes ao método ocorre de forma individual, sendo comuns, após a primeira dosagem, os relatos de sintomas não diretamente relacionados ao método, demonstrando a importância do esclarecimento e da relação médico/paciente.

Como se usa a pílula é motivo de dúvida entre os adolescentes. A primeira cartela pode ser iniciada no primeiro ou no segundo dia do ciclo (o primeiro dia do ciclo é considerado o primeiro dia de sangramento). As próximas cartelas dependerão do tipo de ACO. Sendo o esquecimento um problema comum, o horário para ingestão do ACO deve ser relacionado a uma atividade de rotina como escovar os dentes. Intervalos de esquecimento de até 12 horas não trazem nenhuma consequência; intervalos maiores (um a dois dias) podem acarretar perdas sangüíneas e ovulação, principalmente se ocorrerem nas sete primeiras doses, necessitando ser usado o preservativo como método de segurança.

O ACO não interfere no amadurecimento do eixo hipófise-ovariano, nem na soldadura das epífises ósseas (só observado em dosagens hormonais dez vezes superiores às utilizadas). Não existe referência a óbito atribuível à pílula em usuárias com menos de 18 anos. O risco de neoplasias em adolescentes devido ao uso de ACO é praticamente nulo.

Na adolescência, a gestação não-planejada apresenta normalmente uma morbidade maior do que o uso controlado dos ACO.

ANTICONCEPÇÃO DE EMERGÊNCIA OU PÍLULA PÓS-COITO

A anticoncepção de emergência (EC) refere-se a um método que pode ser usado após a relação sexual sem proteção, com o objetivo de prevenir a gestação. Seu mecanismo de ação interfere em uma ou mais fases do processo reprodutivo, dependendo da fase do ciclo menstrual em que é utilizado, podendo atuar na ovulação, na espermomigração, no transporte e na nutrição do ovo, na fertilização, na função lútea e na implantação. Não surte efeito quando o ovo já está nidado, portanto não interrompe uma gestação em evolução. Os métodos mais usados são o Yuzpe e os com progestágenos.

O método Yuzpe é usado desde 1970 e consiste em 100mcg de etinilestradiol e 500mcg de levonorgestrel em duas doses administradas com intervalos de 12 até 72 horas pós-coito. Quanto mais precoce a administração, maior a eficácia,

a qual encontra-se entre 75% e 85% de prevenção da gestação quando usado corretamente. Os principais efeitos colaterais são: náuseas, vômitos e alterações do fluxo menstrual.

Os progestágenos contêm 0,75mg de levonorgestrel. Devem ser administradas duas doses com 12 horas de intervalo até 72 horas após o coito. Esse método tem apresentado taxa de falha de 1,1% e está associado a menor incidência de efeitos colaterais.

As indicações são: relação sexual sem proteção, falha do condom, abuso sexual, atraso menstrual quando em uso de anticoncepcional hormonal injetável, esquecimento de mais de três pílulas e expulsão do dispositivo intra-uterino (DIU).

A anticoncepção de emergência é utilizada durante um período muito curto, portanto não apresenta os efeitos colaterais dos outros anticoncepcionais hormonais.

A grande contra-indicação está na gestação, apesar de não haver nenhuma comprovação de efeito teratogênico, e em pacientes com história de doenças tromboembólicas. Teoricamente a contracepção de emergência tornou-se mais um instrumento na prevenção da gestação não-planejada na adolescência. O comportamento sexual dos adolescentes, principalmente os de idade mais precoce, demonstra o uso irregular, incorreto ou a ausência de uso de qualquer método, principalmente no início da vida sexual. Teoricamente a associação da contracepção de emergência com os métodos usados seria uma excelente ajuda, mas temos que nos questionar se a divulgação da EC não poderá trazer como consequência o aumento do descaso pelo uso de outros métodos. A EC deve ser orientada, facilitada e divulgada entre os adolescentes, embora sempre enfatizando-se o caráter de urgência, uma vez que ela não tem a mesma eficácia dos métodos utilizados de forma rotineira e não serve para substituí-los.

INJETÁVEL MENSAL

São anticoncepcionais que contêm estrogênio natural (estradiol), progestágeno sintético com doses de longa duração para uso intramuscular,

inibindo assim a ovulação através da ação sobre o pico de LH. Altera o muco cervical, o endométrio e a peristalse tubária.

A primeira injeção deve ser feita entre o primeiro e o quinto dia do ciclo menstrual, seguida de aplicações a cada 30 dias independentemente da menstruação. Sua vantagem em relação aos anticoncepcionais é que emprega estrogênios naturais, evitando a inativação hepática, além de ser de fácil aplicação. Para as adolescentes as principais desvantagens são as alterações menstruais observadas em uma parcela das usuárias, que podem acabar levando à descontinuação do método. A menstruação para a adolescente tem um grande significado: é a certeza de não estar grávida.

Nas formulações mais recentes com acetato de medroxiprogesterona e cipionato de estradiol ou enantato de norestisterona, estes efeitos são menores, ocorrendo apenas nos primeiros meses de uso. Através de um acompanhamento mensal neste período, conseguimos transmitir segurança para a adolescente, obtendo-se uma boa adaptação ao método.

A forma de aplicação única tem boa aceitabilidade entre as adolescentes e permite controle pelos familiares e pela equipe de saúde. Na teoria, seria a forma de aplicação ideal para as adolescentes. Tem sido muito indicado nesta faixa etária para pacientes imaturas, com história de abortamento de repetição, para aquelas que não se adaptam aos anticoncepcionais orais e para pacientes com problemas mentais.

INJETÁVEL TRIMESTRAL

Os anticoncepcionais trimestrais contêm apenas o componente progestágeno, o acetato de medroxiprogesterona de depósito, não apresentando as contra-indicações atribuídas aos estrogênios sintéticos. Sua aplicação é intramuscular na dose de 150mg a cada 90 dias e normalmente leva a amenorréia.

Existem estudos que demonstram redução da densidade óssea em adolescentes usuárias de acetato de medroxiprogesterona. Não é um anticoncepcional de primeira escolha para esta faixa

etária, sendo contra-indicado abaixo dos 16 anos, visto que não traz grandes benefícios em relação às outras opções. Em casos específicos, como no tratamento de dismenorréias ou endometrioses, podemos analisar seu uso.

DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)

Só deve ser usado em adolescentes que já tiveram filhos ou, em alguns casos, que não podem usar o contraceptivo oral por problemas médicos ou distúrbios mentais, por exemplo.

Os efeitos colaterais do DIU incluem distúrbios no fluxo menstrual, com hemorragias e cólicas intensas, além do risco maior para doenças infecciosas e sexualmente transmissíveis, além de cervicites.

Se ocorrer a gravidez mesmo com o DIU inserido no útero, este deve ser removido imediatamente devido ao risco de abortamento com complicações.

MÉTODOS CIRÚRGICOS

A laqueadura tubária e a vasectomia estão contra-indicadas, pois são métodos irreversíveis. Só devem ser indicados em condições muito especiais de razão médica e com o devido suporte legal.

ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

A assistência aos adolescentes em relação à saúde reprodutiva, e principalmente em relação à prescrição de contraceptivos, tem sido motivo de vários questionamentos em relação aos aspectos éticos e legais. Os artigos 224 e 225 do Código Penal Brasileiro definem que a relação sexual em menores de 14 anos, para ser considerada violência presumida, depende da queixa, permanecendo o direito a orientação, privacidade e prescrição de contraceptivos. A Constituição Federal e o Estatuto da Criança e do Adolescente garantem o planejamento familiar a todo cidadão para uma paternidade responsável, e é dever da família e do Estado assegurar à criança e aos adolescentes o direito à vida e à saúde. Assegura também atendimento médico à

criança e ao adolescente por meio do Sistema Único de Saúde, garantindo acesso universal e igualitário a todas as ações de saúde. O sigilo médico em relação às consultas dos adolescentes e a privacidade, que são essenciais na abordagem referente à sexualidade, são garantidos pelo código de ética médica. Os familiares só serão informados do conteúdo das consultas se os adolescentes consentirem e nos casos em que os profissionais concluírem que a participação da família é fundamental para a saúde do adolescente, e, mesmo nestes casos, este será informado.

O comportamento sexual dos adolescentes pode colocá-los em situações de risco, como gestações indesejadas, DST e AIDS, comprometendo sua saúde. Fica claro o papel dos profissionais de saúde diante das ações de prevenção, orientação e assistência à contracepção.

➤ CONCLUSÕES

A contracepção na adolescência é um trabalho complexo que exige abordagem conjunta: 1) orientação e assistência; 2) interligação dos setores da sociedade (educação, saúde, família). A orienta-

ção deve-se iniciar em idades cada vez mais precoces, tendo como objetivo atuar no comportamento sexual dos adolescentes.

Todos os médicos que lidam com adolescentes devem ser conscientizados de que sua participação é essencial para um eficaz trabalho de prevenção da gravidez na adolescência.

Diante deste quadro os profissionais da área ligados aos adolescentes devem estar capacitados a orientá-los em relação a temas relacionados com sexualidade e aos métodos contraceptivos, assim como prescrever esses métodos.

Ainda é importante conversar, perguntar, compreender a própria sexualidade e a do parceiro sexual; investir em comunicar corretamente e educar para o desenvolvimento de responsabilidade e respeito entre os parceiros e entre os adolescentes e os profissionais do sistema de saúde. Construir uma relação saudável que envolva amor, afeto, tesão ou sexo é também tomar decisões conjuntas e dividir responsabilidades, escolhendo o método contraceptivo mais adequado para a proteção de si mesmo e do parceiro, e assim poder expressar com tranquilidade novas emoções e sensações, mas, além de tudo, preservar a vida e evitar uma gravidez não-planejada.

➤ REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministério da Saúde. Assistência em planejamento familiar. Manual técnico. 4. ed. 2002.
2. Burkman R, Shulman L. Oral contraceptive practice guidelines. *Contraception* 1998; 58(3 suppl. 1): 355-435.
3. Poye CF, Jonhsen JRM. Adolescents and emergency contraception. *J Pediatr Health Care* 2002; 16: 3-9.
4. Cronwel P, Daley A. Contraceptive pills considerations for the adolescent patient. *J Pediatr Health Care* 2000; 14: 228-34.
5. Eisenstein E; Ceccon C. Saúde, vida, alegria: manual de educação em saúde de adolescentes. Porto Alegre: Artmed. 2000.
6. Emans JH; Goldstein DP. *Pediatric and Adolescent Gynecology*. 3rd ed. Boston: Little, Brocon, Co. 1990.
7. Greydanus DE; Patel DR; Rumsza ME. Contraception in adolescent and update. *Pediatrics* 2001; 107(3): 562-73.
8. King H. Contraception for the under 20s. *Curr Obstet Gynaecol* 2000; 10: 157-61.
9. Kubba A; Guillebaud J; Anderson R; Gregor M. Contraception. *The Lancet* 2000; 356(9245): 1913-6.
10. Neinstein L. *Adolescent Health Care. Practical Guide*. 4th ed. Baltimore: Lippincott. 2002.
11. *Tratado de Ginecologia*. Febrasgo (Federação das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia).
12. World Health Organization (WHO). Improving access to quality care in family planning medical eligibility criteria for contraception use. 2a ed. WHO/RHR/OO2.