Anticoncepção em adolescentes: o que o Pediatra precisa saber?

Carolina Sales Vieira

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia

DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo

Reflexões de uma residente de Pediatria

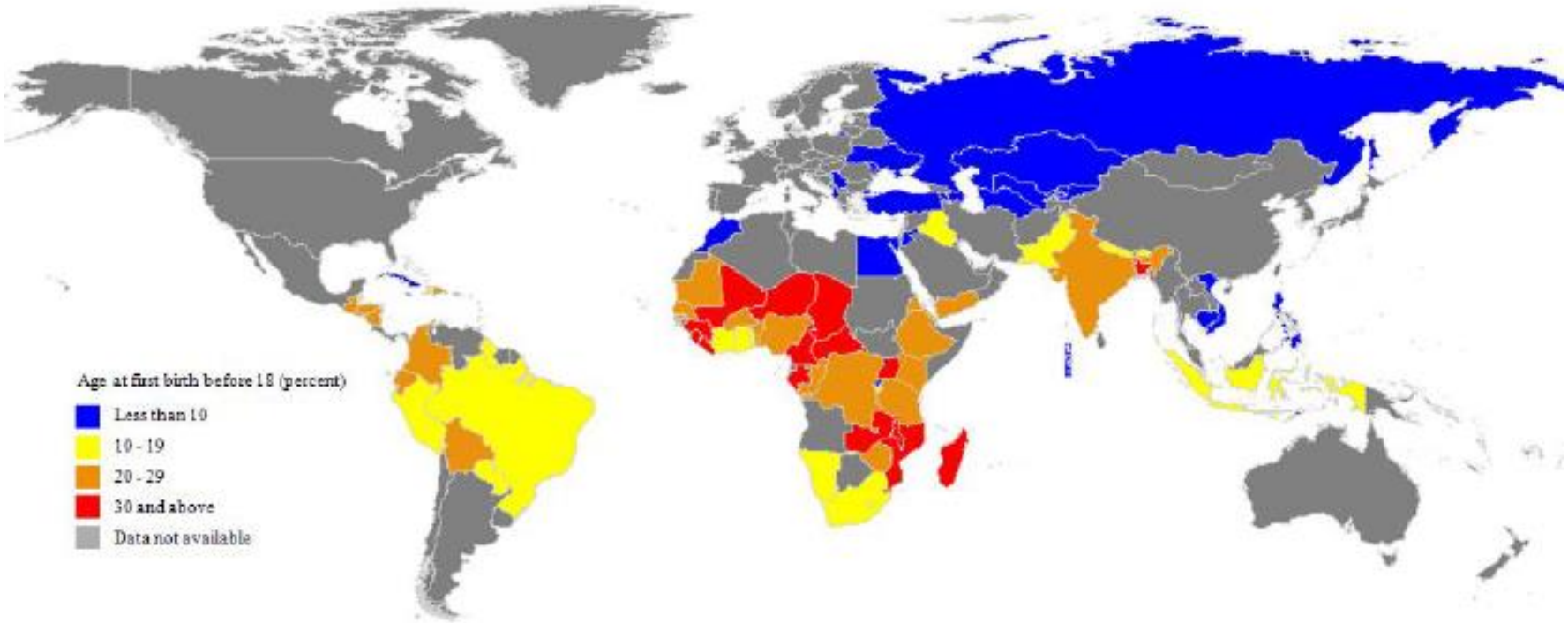
Hoje estava no Posto de Saúde, quando fui atender uma menina de 14 anos. Ela foi me procurar pois queria um anticoncepcional já que estava tendo relações sexuais com o namorado de 16 anos. Não estavam usando preservativo. Perguntei se ela queria engravidar, ela disse que não, já que cuidava de 2 irmãos menores (3 e 5 anos) que davam muito trabalho. Disse a ela que quem prescreve anticoncepcional é o Dr Jorge, o ginecologista do Posto. Ela me disse que tem vergonha dele e não tem coragem de conversar com ele. Insisti para ela marcar com ele, mas senti que ela não voltaria mais, ou pior, voltaria grávida. Não consigo parar de pensar nesta menina, será que não era meu papel ter feito alguma coisa?

Agenda: Dúvidas da Residente

- **Impactos da gestação na adolescência**
- **Anticoncepcionais existentes e quais temos no SUS**
- **Mecanismo de ação dos contraceptivos**
- **Eficácia**
- **Riscos e benefícios**
- **Prescrição: contraindicações e exames necessários pré-prescrição**
- **Contracepção de emergência**
- **Adolescentes e uso de LARCs**
- **Revendo o caso atendido com outro olhar**

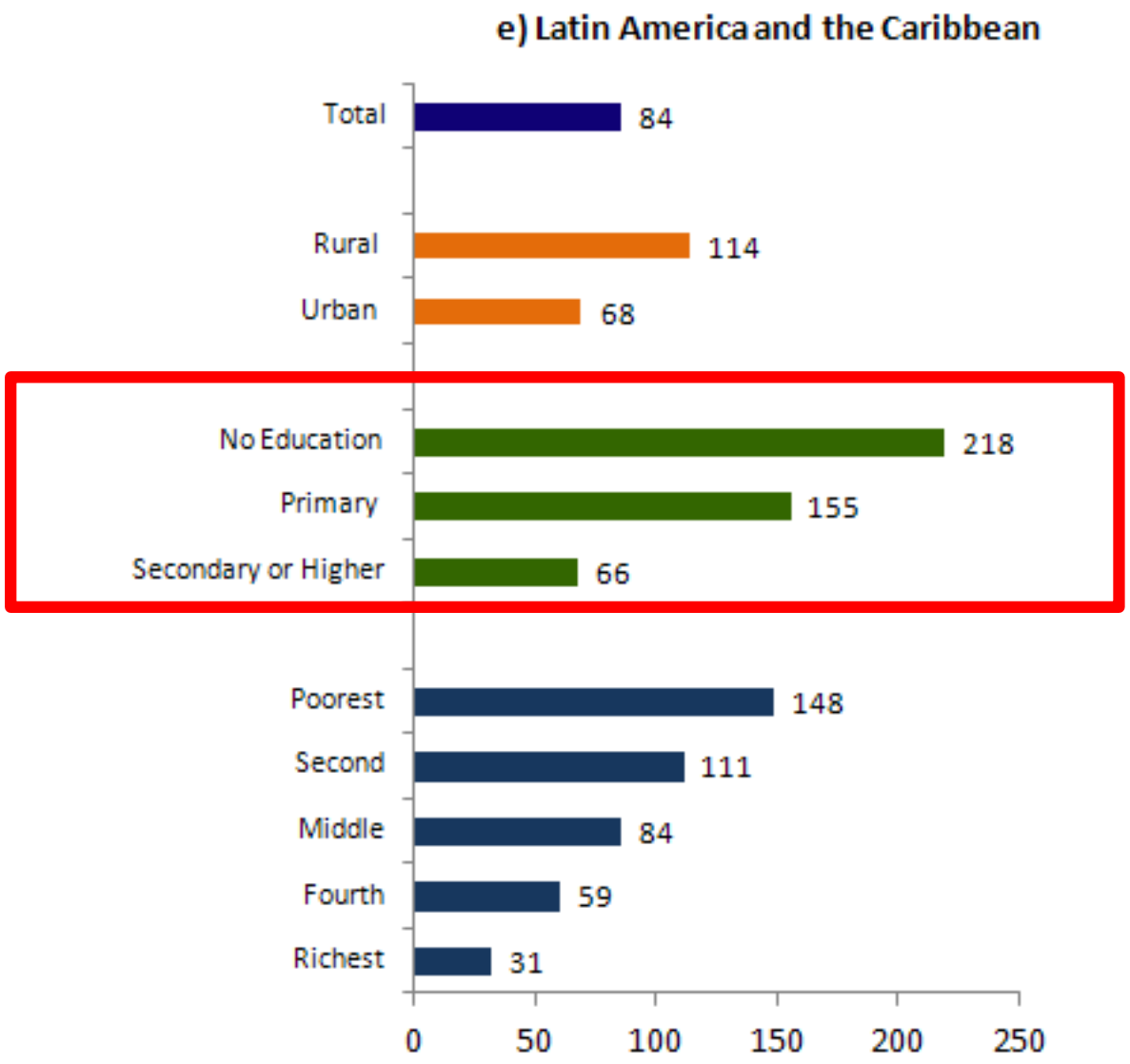
Eu sei que uma gravidez atrapalha a vida de uma adolescente, mas quais são os impactos reais?

Proporção de partos de adolescentes no mundo (em porcentagem)



Source: UNFPA MDG5b+Info database with data from DHS and MICS studies (www.devinfo.org/mdg5b).

Taxa de partos em cada 1000 adolescentes de 15 a 19 anos



http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf

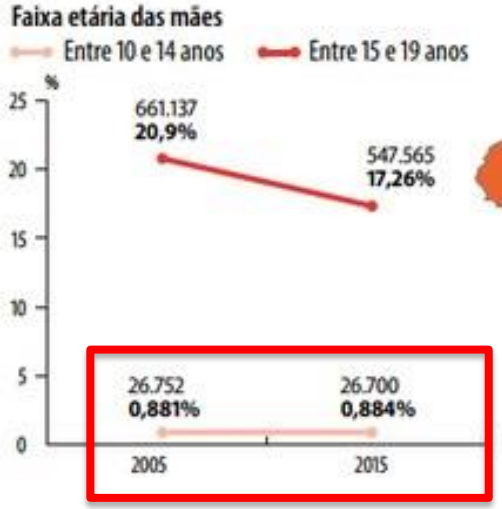
Infância e adolescência ameaçadas

Apesar de a taxa de natalidade entre jovens ter caído 17% de 2005 a 2015, os números continuam altos, colocando o Brasil entre os países onde a gravidez precoce é um problema social e de saúde pública

- Prevalece em famílias de **baixa renda**
- É maior em **áreas rurais**
- Nas **cidades,** ocorre mais nas **periferias**
- Potencializa o **risco de bebês prematuros e de baixo peso**
- **Diminui conforme aumenta a escolaridade das jovens**

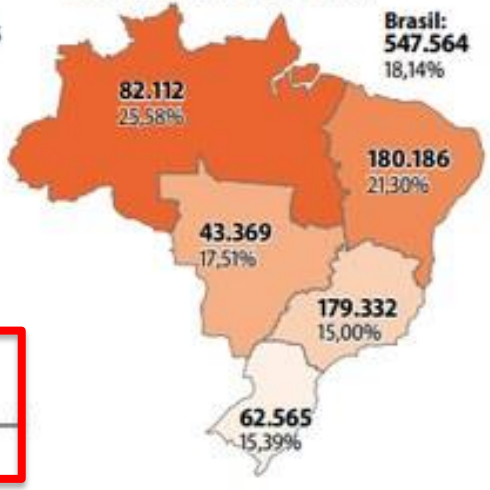
Queda é tímida, taxas continuam elevadas

Número de nascidos vivos de mães adolescentes e percentuais em relação ao total de nascidos vivos (comparativo entre 2005 e 2015)



Norte e Nordeste têm os maiores números relativos de casos

Nascidos vivos de mães na faixa de 10 a 19 anos por região, em 2015. Números absolutos e % em relação ao total



Fonte: Ministério da Saúde

Comportamentos dos adolescentes

Estudo realizado com concluintes do 9º ano do Ensino Fundamental

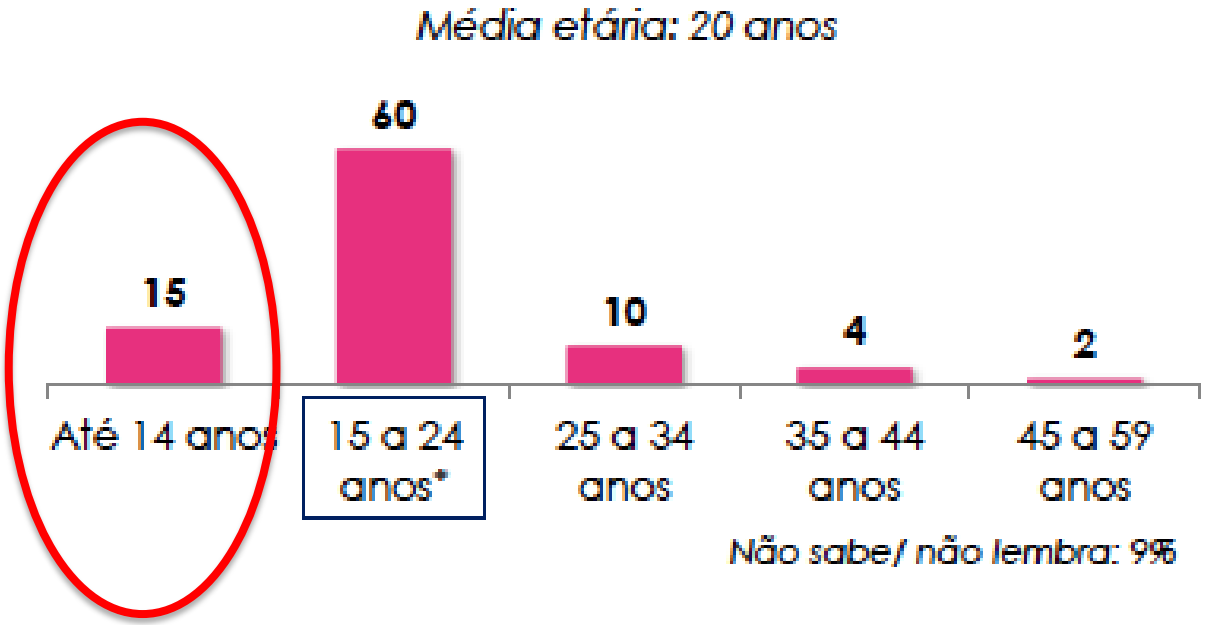
2012 2015

Uso de drogas

Riscos no sexo

Fonte: Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar/IBGE

Qual idade da primeira consulta com ginecologista?



https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/753-pesquisa-expectativa-da-mulher-brasileira-sobre-sua-vida-sexual-e-reprodutiva

Gestações não planejadas

Sedgh G, Singh S, Hussain R. Stud Fam Plann. 2014; 45(3):301-14

Gestações não planejadas

Brasil: 55,4%

Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, Gama SG, et al. Cad Saude Publica. 2014; 30 Suppl 1:S1-15

Gestação não planejada: em vulneráveis este cenário é pior

HIV: 70%[1]

Adolescentes: > 70%[2]

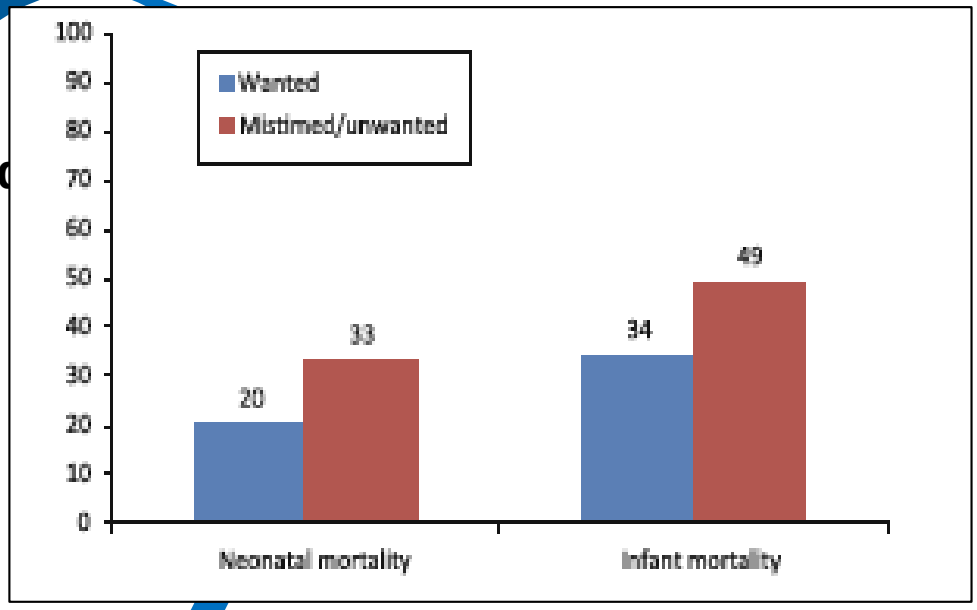
Usuárias de drogas : 85-100%[3,4]

1) Brandão KSA et al. Rev Bras Ginecol Obstet. 2015 ; 37(10):486-91; 2) Finer LB, Zolna MR. N Engl J Med. 2016;374(9):843-52; 3) Reprod Clim 2015; 30(3): 102–107; 4) Heil SH et al. J Subst Abuse Treat. 2011;40(2):199-202.

Consequências das gestações não planejadas: desfechos maternos e infantis desfavoráveis

- ↑ **Risco de pré-natal inadequad**
- ↑ **Risco de aborto inseguro[3]**

- ↑ **Vacinação inadequada[1]**
- ↓ **Amamentação por 6 meses[2]**
- ↑ **Parto pré-termo[2]**



1) Singh A, Singh A, Mahapatra B. Matern Child Health J. 2013; 17(3):493-500; 2) Lindberg L et al. Matern Child Health J. 2015;19:1087–96 ; 3) Singh S et al., *Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access*, New York: Guttmacher Institute, 2018.

ESTIMATIVAS DE ABORTO INSEGURO E TAXA DE ABORTO INSEGURO PARA MENINAS DE 15 A 19 ANOS, 2008

Regiões em desenvolvimento	Número anual de abortos inseguros de meninas de 15 a 19 anos	Taxa de abortos inseguros (por 1000 meninas de 15 a 19 anos)
Países em desenvolvimento	3,200,000	16
África	1,400,000	26
Ásia (excluindo Leste da Ásia)	1,100,000	9
América Latina e o Caribe	670,000	25

Fonte: Shah and Ahman, 2012.

http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf

Prevalência de violência física dependendo do planejamento da gestação

3 X mais

15 em cada 100 das mulheres com gestação não-planejada sofrem violência

3 em cada 100 das mulheres com gestação planejada sofrem violência

Goodwin MM, Gazmararian JA, Johnson CH, Gilbert BC, Saltzman LE. Matern Child Health J. 2000;4(2):85-92.

Nas notícias e comentários prevalecem os sentimentos de pena dos bebês e raiva das mães que os abandonaram.

O abandono de bebês é raramente percebido como uma gestação não planejada e uma falha do planejamento familiar.

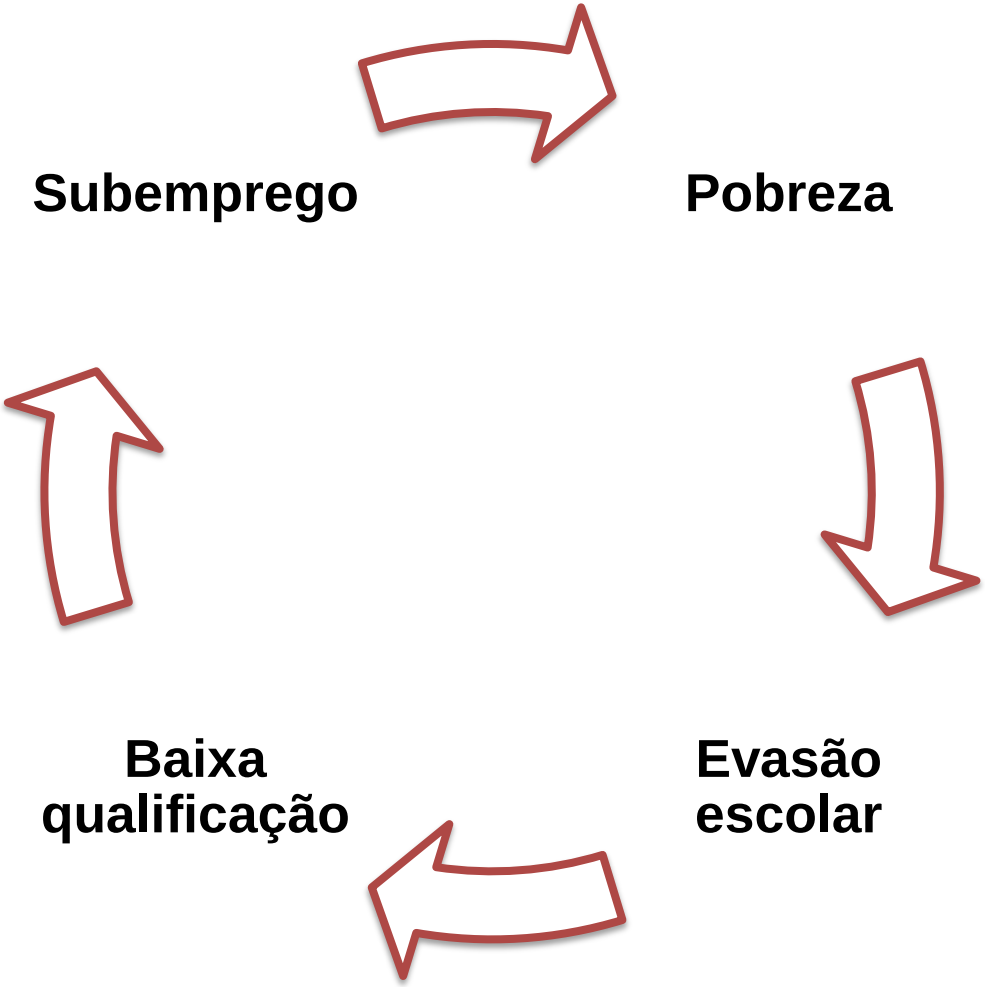
Custos associados à gestação não planejada

O custo de uma gravidez não planejada no Brasil é de R$2293,00

O governo gasta cerca de 4,1 bilhões de reais ao ano com gestações não planejadas (até o parto)

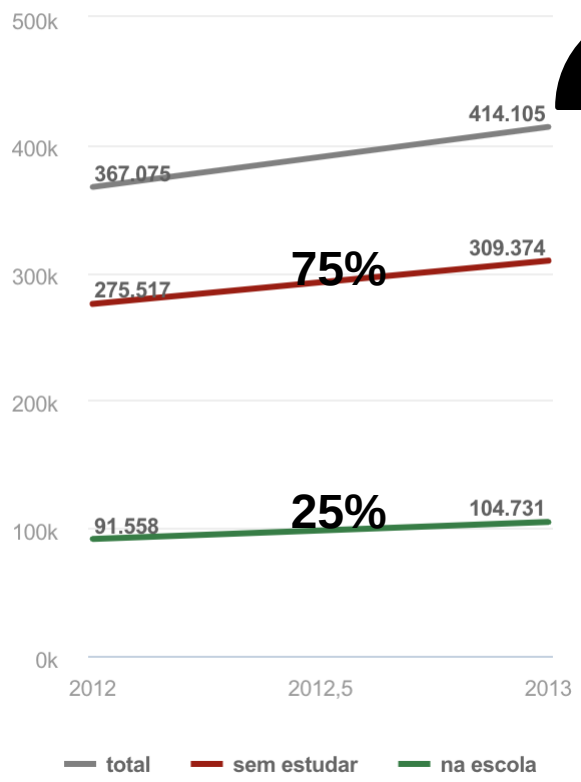
Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. Int J Womens Health. 2014 ; 6:663-70.

Perpetuação do ciclo de pobreza



Mães adolescentes e a educação

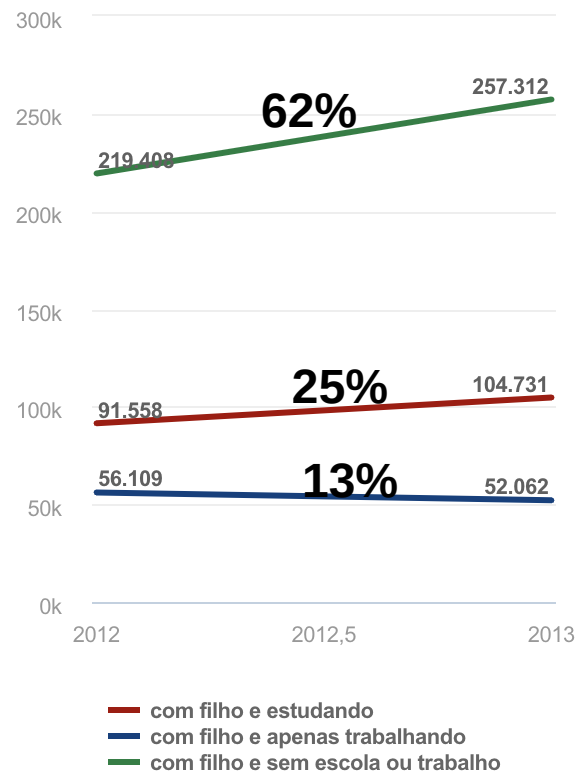
Veja a situação escolar e laboral das jovens com entre 15 e 17 anos e pelo menos um filho em 2012 e 2013



Fonte: Todos pela Educação/Pnad 2012 e 2013

Maioria das mães adolescentes não estudam nem trabalham

Nº de jovens de 15 a 17 anos foram da escola e do mercado aumentou 17% entre 2012 e 2013



Fonte: Todos pela Educação/Pnad 2012 e 2013

Quais anticoncepcionais existem? Quais estão disponíveis no SUS?

Contracepção

- **Hormonal**
- **Não-Hormonal**

Contracepção

- **Hormonal**

Classificação - Composição

Contracepção Hormonal

- **Progestagênio Isolado**
- **Combinados: Estrogênio + Progestagênio**

Combinados (E+P)

Anel vaginal (Nuvaring®)

Adesivo (Evra®)

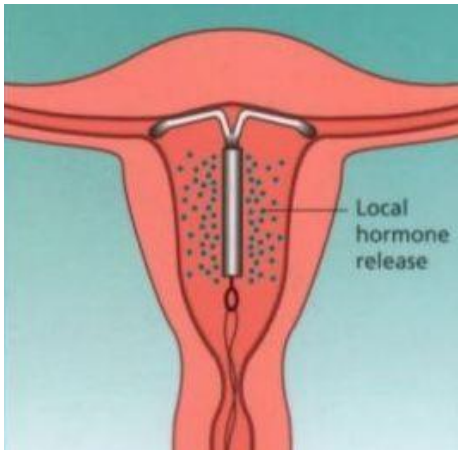
Injetável mensal

Pílula combinada

Progestagênios isolados

Pílula de progestagênio

Injetável trimestral



Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel (DIU-LNG) – Mirena®

Implante liberador de etonogestrel – Implanon ®

DIU-hormonal e Implante

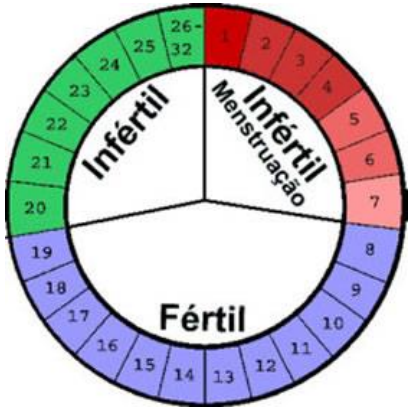
- **Ribeirão Preto:**
  - **DIU-hormonal**
    - **Prefeitura: Irá ofertar para casos especiais**
    - **DGO-FMRP: Disponibiliza nos ambulatórios de anticoncepção do HCRP e nos do CSE-Cuiabá (recebe de doação da ICA Foundation)**
  - **Implante**
    - **Prefeitura: Oferta para populações especiais (adolescentes ≤ 16 anos, doença mental, enfermidades que não possam usar combinados, HIV, usuárias de droga)**
    - **DGO-FMRP: Disponibiliza no ambulatório de anticoncepção do HCRP (recebe doações).**

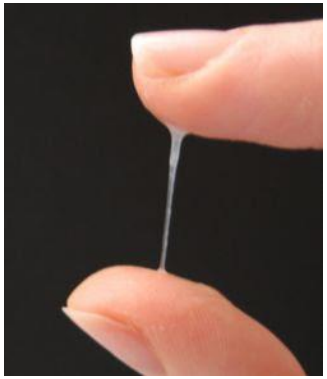
Contracepção

-
- **Não-Hormonal**

Não hormonais

Barreira

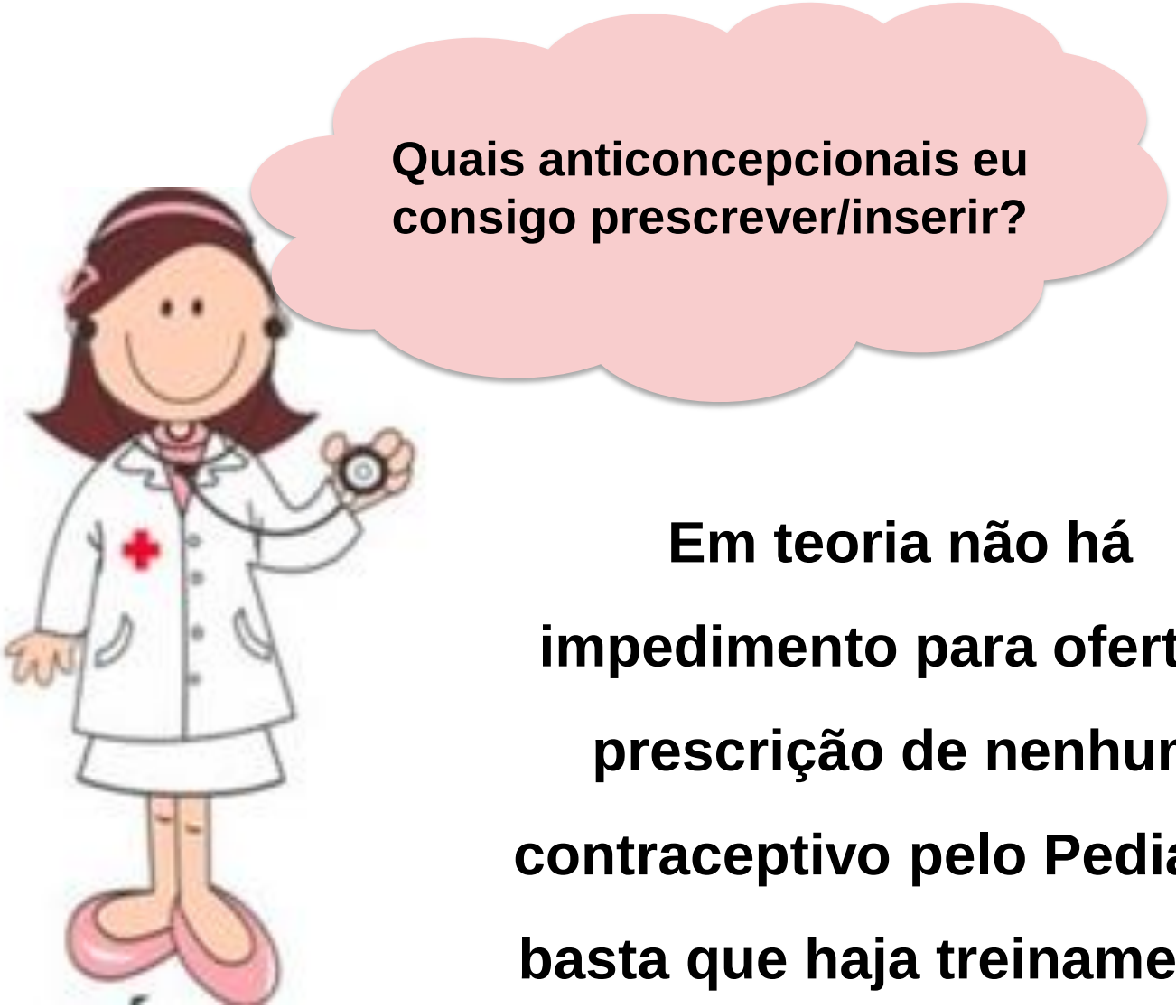




Baseado no conhecimento da fertilidade

DIU de cobre

Cirúrgicos



Em teoria não há impedimento para oferta e prescrição de nenhum contraceptivo pelo Pediatra, basta que haja treinamento.

Com a atual formação da graduação, consegue prescrever:

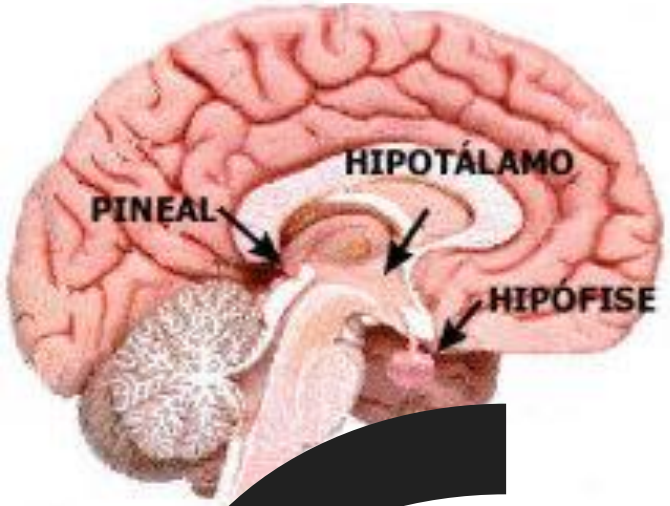
- Preservativo
- Pílula Combinada
- Pílula de Progestagênio
- Injetável mensal
- Injetável trimestral
- Pílula de emergência

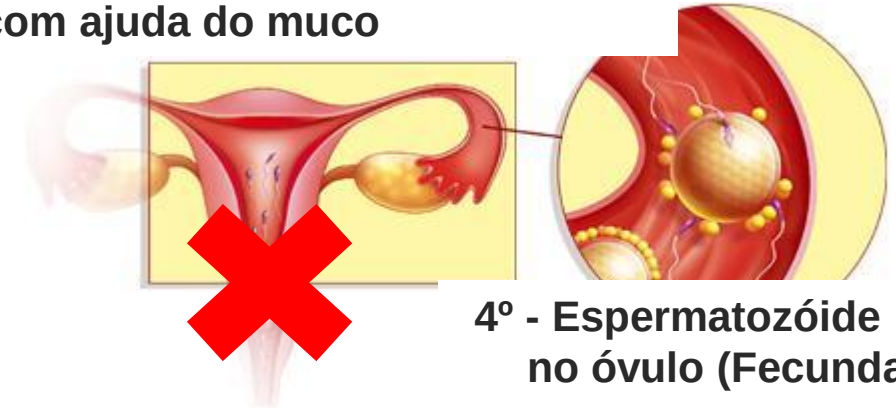
Referenciar para prescrição de:

- Anel
- Adesivo
- Implante
- DIU-cobre
- DIU-LNG

Como os contraceptivos funcionam?

3º - Espermatozóides movimentam-se em direção à trompa com ajuda do muco

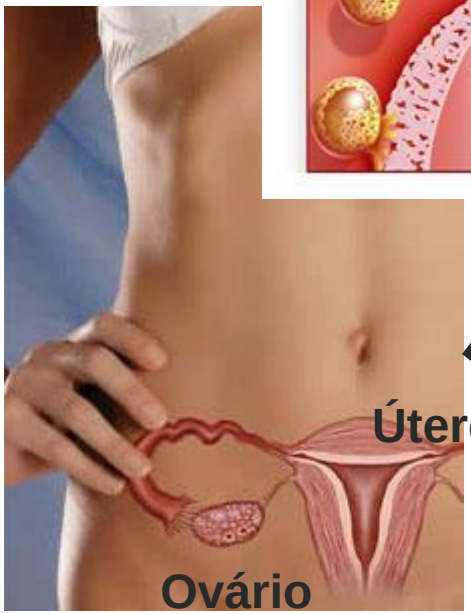




4º - Espermatozóide penetra no óvulo (Fecundação)

2º - Ovulação

1º - Liberação de LH



Quem faz a contracepção é o progestagênio

Fritz MA, Speroff L. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility. 8th Edition.

Métodos Hormonais

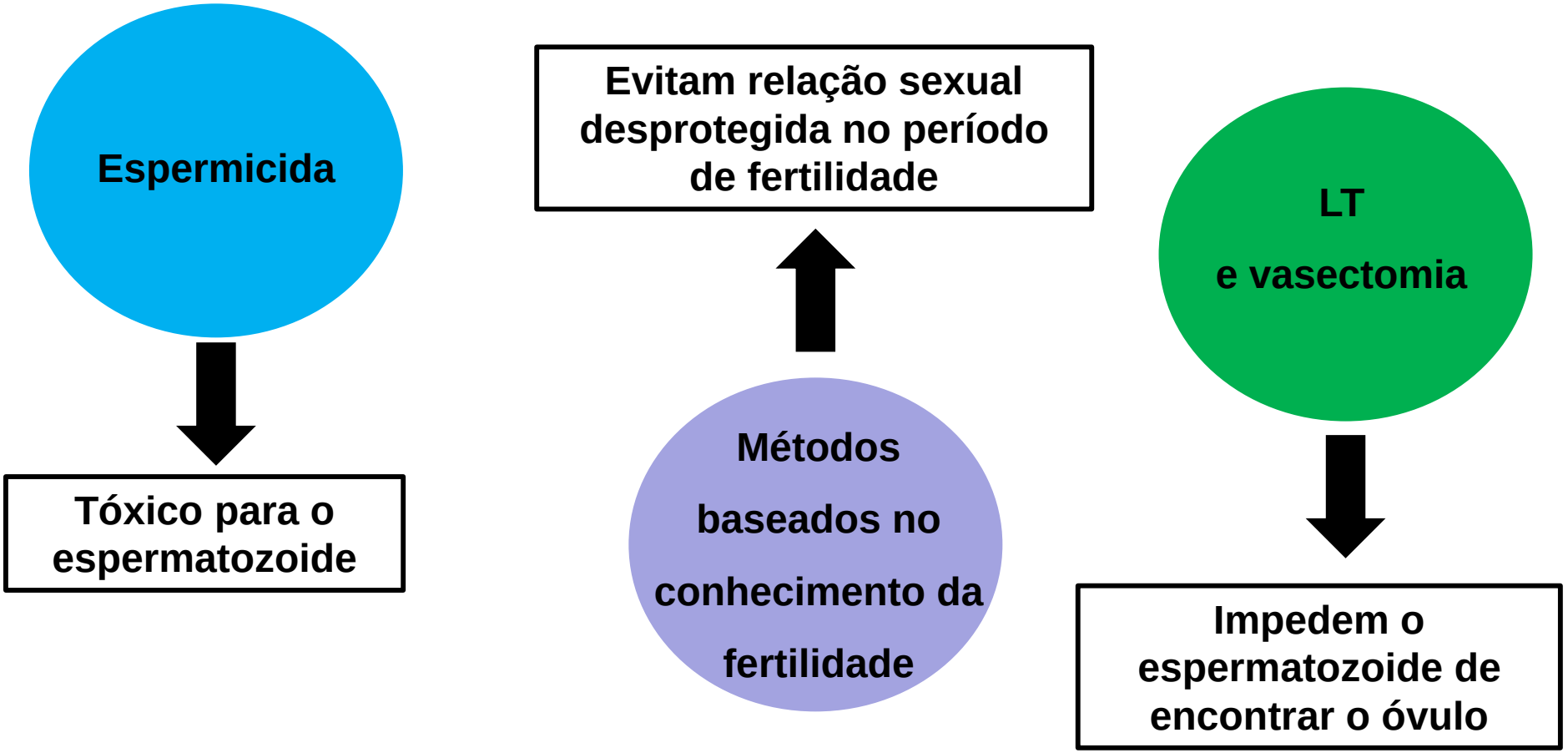
- **Inibem ovulação (menos DIU-LNG e algumas pílula de progestagênio de baixa dose)**
- **Alteram o muco e impedem a ascensão do espermatozoide**

DIU de cobre

O cobre é tóxico para óvulo e espermatozoide (principal mecanismo)

Barreira (preservativos)

Impedem que o espermatozoide fertilize o óvulo

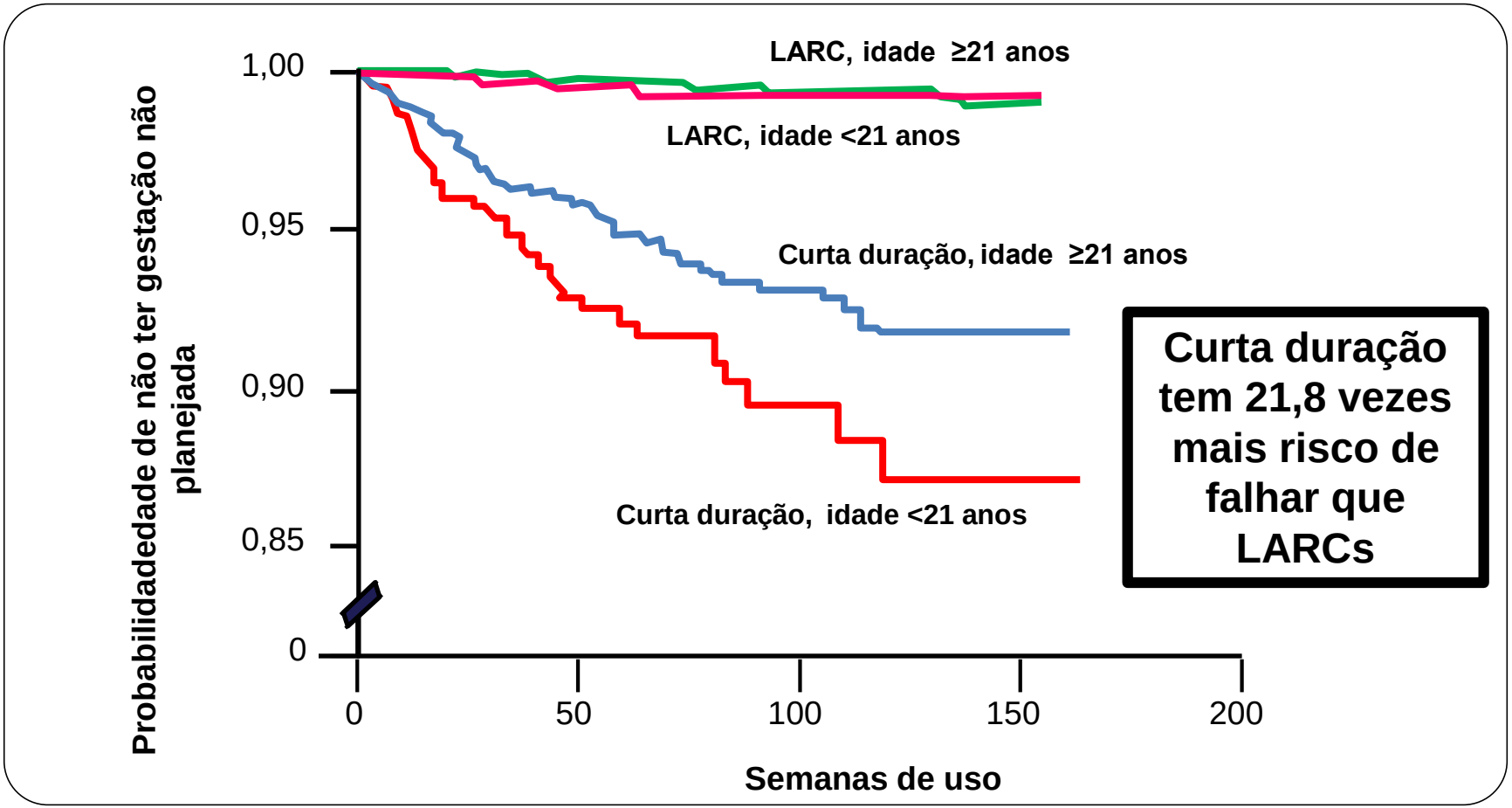

Espermicida
Tóxico para o espermatozoide
Evitam relação sexual desprotegida no período de fertilidade
Métodos baseados no conhecimento da fertilidade
LT e vasectomia
Impedem o espermatozoide de encontrar o óvulo

Qual a eficácia dos contraceptivos?

Método	Falhas por ano (uso típico)	Falhas por ano (uso perfeito)
Nada	85 falhas em cada 100	85 falhas em cada 100
Preservativo	18-21 falhas em cada 100	2-5 falhas em cada 100
Pílula/ Anel / Adesivo	90 falhas em cada 1000	3 falhas em cada 1000
Injetáveis	60 falhas em cada 1000	2 falhas em cada 1000
★ DIU de cobre	6 a 8 falhas em cada 1000	
Laqueadura	5 falhas em cada 1000	
Vasectomia	1 a 1,5 falhas em cada 1000	
★ DIU Hormonal	2 falhas em cada 1000	
★ Implante hormonal	5 falhas em cada 10.000	

Trussell J. *Contraception*. 2011;83:397–404.

Risco não apresentar gestação conforme o método contraceptivo



N Engl J Med. 2012;366(21):1998-2007.

Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy

ST Cameron,[a,b,c] A Glasier,[a] ZE Chen,[b] A Johnstone,[a] C Dunlop,[c] R Heller[c]

Método	N	Risco de novo aborto em 2 anos
Pílula	266	1.0 (ref)
DIU-cobre / SIU-LNG	85	↓ > 99,9%
Implanon	137	↓ > 99,9%
AMPD	90	↓ 50%
Outros métodos	91	↓ 20%
Nenhum	216	↑ 30%

BJOG. 2012 ;119(9):1074-80.

PEDIATRICS®
OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

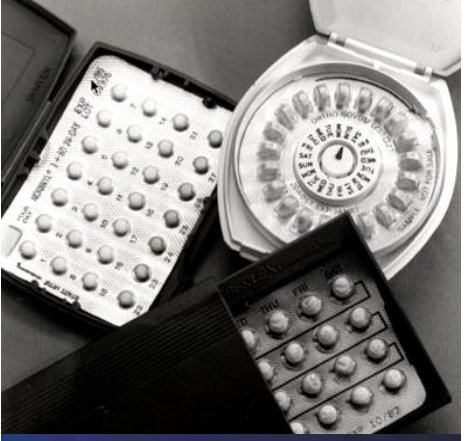
"Pediatricians should be able to educate adolescent patients about LARC methods, including the progestin implant and IUDs. Given the efficacy, safety, and ease of use, LARC methods should be considered first-line contraceptive choices for adolescents. Some pediatricians may choose to acquire the skills to provide these methods to adolescents. Those who do not should identify health care providers in their communities to whom patients can be referred".

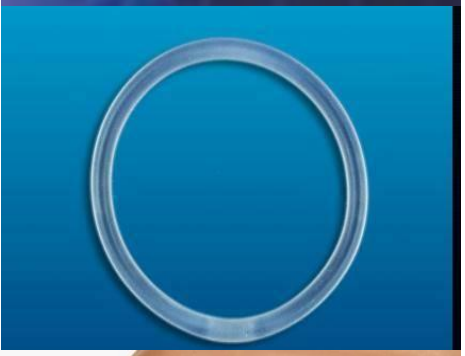
Contraception for Adolescents
COMMITTEE ON ADOLESCENCE
Pediatrics 2014;134;e1244; originally published online September 29, 2014;
DOI: 10.1542/peds.2014-2299

Na adolescente, a melhor opção é a dupla-proteção

+ **Contraceptivo eficaz**

Riscos e benefícios dos contraceptivos





MÉTODOS HORMONAIS – Benefícios não contraceptivos

- Reduz dismenorreia
- Reduz acne e hirsutismo
- Reduz volume menstrual
- Reduz TPM (quando inibe ovulação)
- Reduz anemia
- Reduz risco de DIP
- Diminui dor associada a endometriose
- Reduz risco de alguns cânceres (ovário em 20%, endométrio em 50% e cólon em 20%)
- Diminui a chance de mortalidade materna

Maguire K, Westhoff C. Am J Obstet Gynecol. 2011; 205(Suppl4): S4-8.

THE LANCET
Volume 391 · Number 10122 · Pages 713-812 · February 24-March 2, 2018 www.thelancet.com

Family Planning 2

Contraception and health

John Cleland, Agustin Conde-Agudelo, Herbert Peterson, John Ross, Amy Tsui

“Increasing contraceptive use in developing countries has cut the number of maternal deaths by 40% over the past 20 years, merely by reducing the number of unintended pregnancies”

Lancet 2012; 380: 149–56

Intrauterine device use, cervical infection with human papillomavirus, and risk of cervical cancer: a pooled analysis of 26 epidemiological studies

Xavier Castellsagué, Mireia Díaz, Salvatore Vaccarella, Silvia de Sanjosé, Nubia Muñoz, Rolando Herrero, Silvia Franceschi, Chris J L M Meijer, F Xavier Bosch

Intrauterine Device Use and Cervical Cancer Risk

A Systematic Review and Meta-analysis

Victoria K. Cortessis, PhD, Malcolm Barrett, MPH, Niquelle Brown Wade, MS, Temuulen Enebish, MBBS, MPH, Judith L. Perrigo, MSW, LCSW, Jessica Tobin, MS, Charlie Zhong, MS, MPH, Jennifer Zink, BA,

Uso de DIU (Cobre + LNG) está associado a uma redução do risco de câncer de colo de 36%.

Por hora não há como avaliar o efeito de cada DIU separadamente.

Lancet Oncol 2011; 12: 1023–31; Obstet Gynecol. 2017;130(6):1226-1236.

Classificação dos efeitos adversos quanto à frequência

Classificação	Frequência
Muito comuns	≥ 10%
Comuns	> 1% e < 10%
Incomuns	≥ 0,1% (1/1.000) e < 1%
Raros	≥ 0,01% (1/10.000) e < 0,1%
Muito raros	< 0,01%

World Health Organization (WHO). Council for International Organizations of Medical Sciences. Guidelines for preparing core clinical safety information on drug from CIOMS Working Group III. Geneva; 1995.

Efeitos adversos comuns e muito comuns dos contraceptivos hormonais

Efeito adverso	Associado a qual componente dos contraceptivos hormonais?
Náuseas	Estrogênio
Tontura	Estrogênio e Progestagênio
Vômitos	Estrogênio
Cefaleia / Piora da Enxaqueca	Estrogênio (principal)
Mastalgia	Estrogênio (principal)
Edema	Estrogênio e Progestagênio (por mecanismos diferentes
Alterações do humor	Estrogênio e Progestagênio
Alteração de peso	Injetável trimestral
Acne / oleosidade pele	Progestagênio
Alteração do padrão de sangramento	Progestagênio (principal)
Alteração na resposta sexual	Estrogênio (principal) e Progestagênio

Classificação dos efeitos adversos quanto à frequência

Classificação	Frequência
Muito comuns	≥ 10%
Comuns	≥ 1% e < 10%
Incomuns	≥ 0,1% (1/1000) e < 1%
Raros	≥ 0,01% (1/10000) e < 0,1%
Muito raros	< 0,01%

World Health Organization (WHO). Council for International Organizations of Medical Sciences. Guidelines for preparing core clinical safety information on drug from CIOMS Working Group III. Geneva; 1995.

Efeitos adversos incomuns, raros e muito raros dos contraceptivos hormonais

Efeito adverso	Associado a qual componente dos contraceptivos hormonais?
Aumento da PA	Estrogênio
Aumento dos triglicérides	Estrogênio
AVC	Estrogênio
IAM	Estrogênio
Tromboembolismo venoso	Estrogênio
Cloasma	Estrogênio
Alopecia	Progestagênio

World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Knowledge for Health Project. Family Planning: A Global Handbook for Providers (2018 update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2018.

19 anos

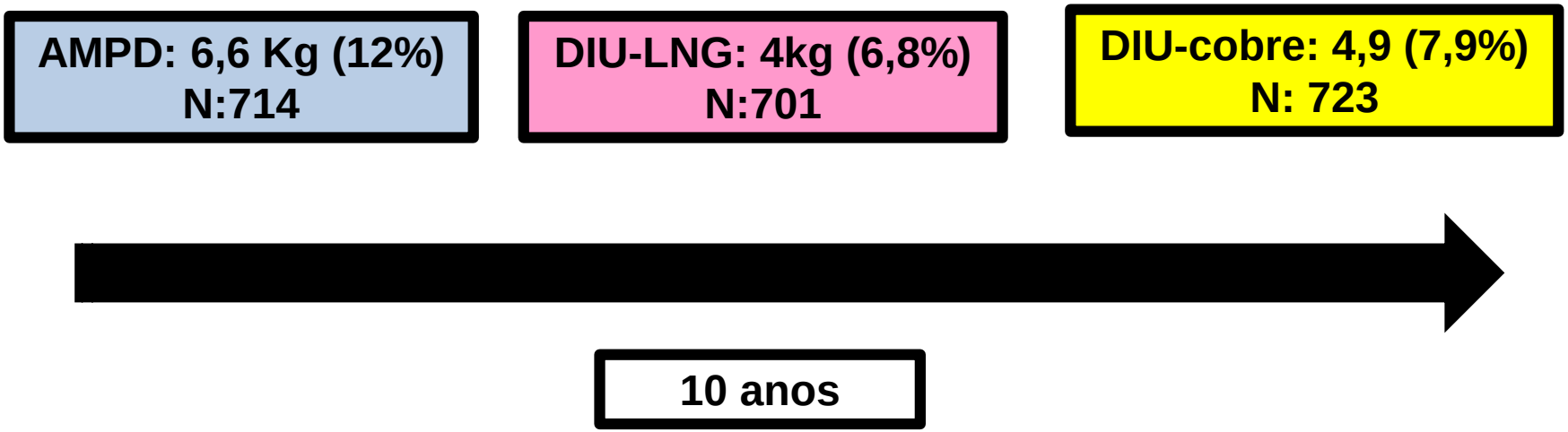
450 g/ano

44 anos

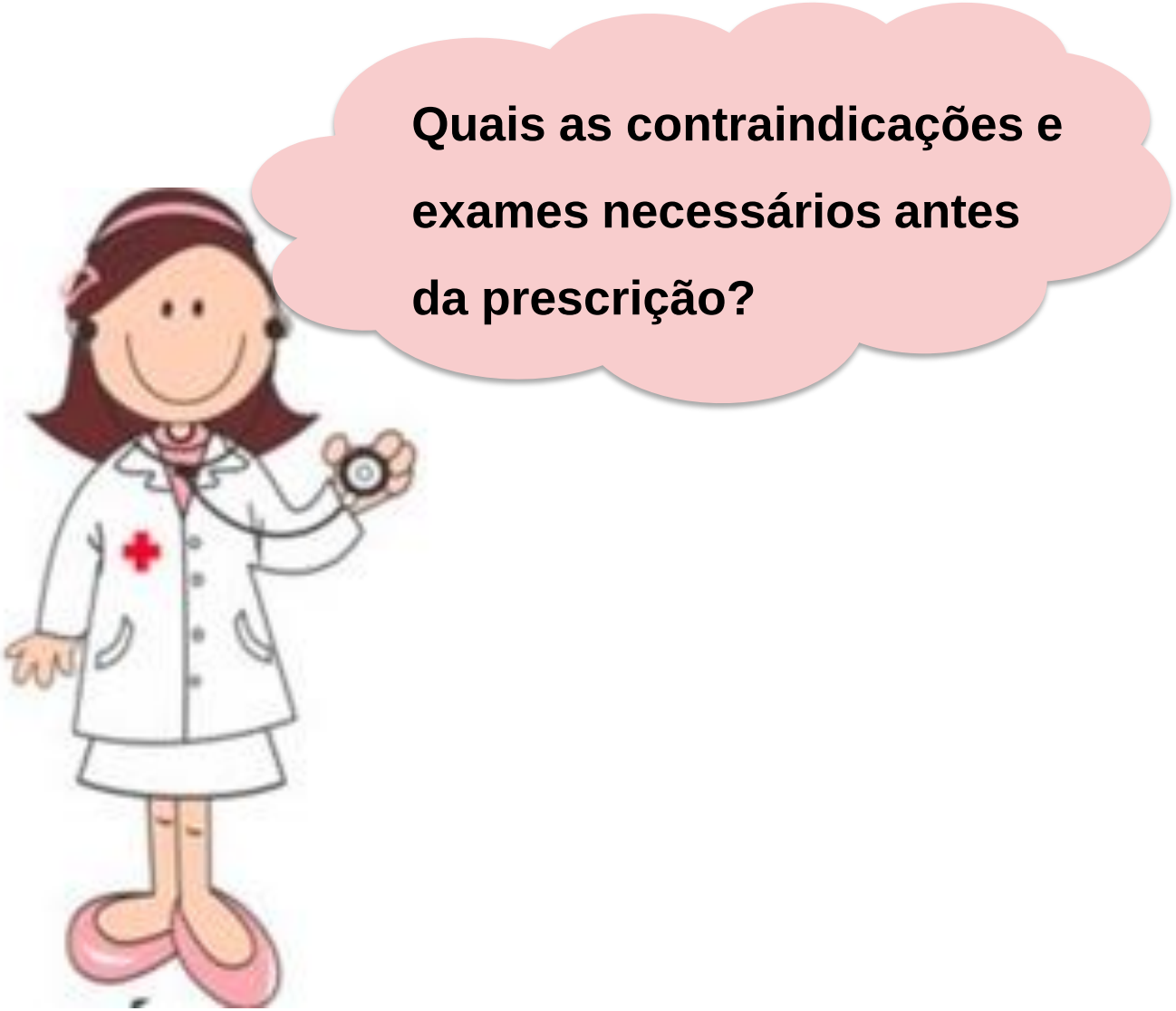
O uso de COC não foi associada ao ganho de peso, apenas a idade

Lindh I, Ellström AA, Milsom I. Hum Reprod. 2011; 26(7): 1917-24.

Weight variation in users of depot-medroxyprogesterone acetate, the levonorgestrel-releasing intrauterine system and a copper intrauterine device for up to ten years of use.

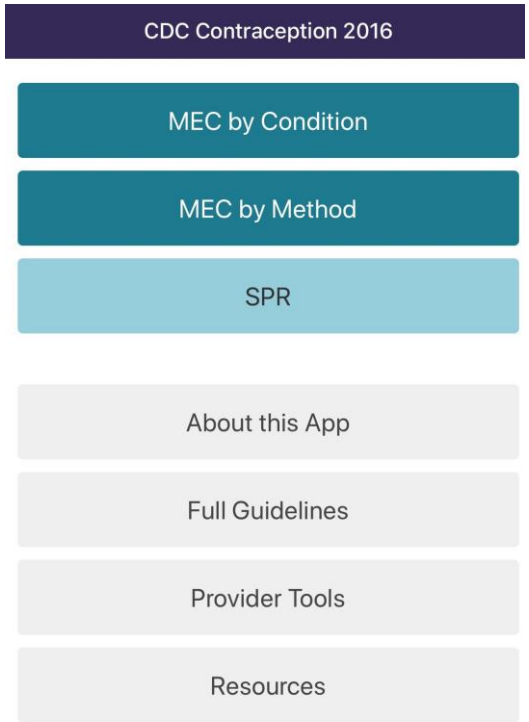


Eur J Contracept Reprod Health Care. 2014, 27:1-7.

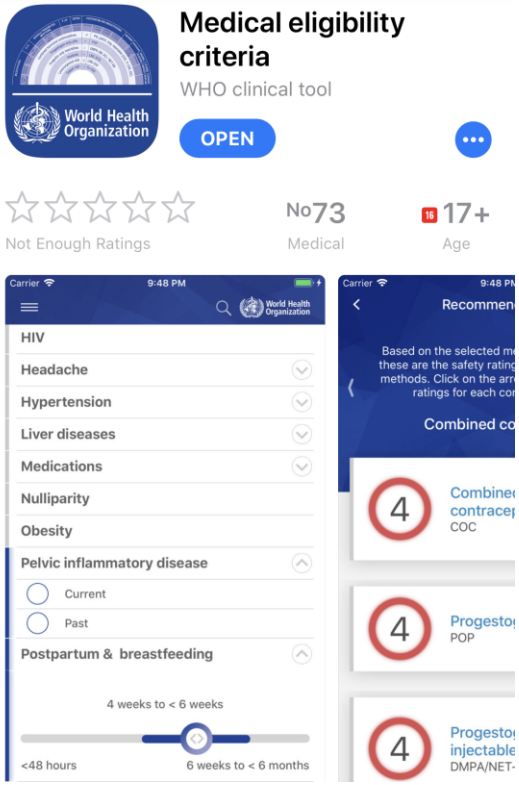

Quais as contraindicações e exames necessários antes da prescrição?

Categoria	Recomendação	Julgamento clínico
1	Sem restrição	Utilizar o método
2	Os benefícios do uso do método superam os riscos	Utilizar o método
3	Os riscos do uso do método superam os benefícios. Usar apenas na falta de outras opções.	Não utilizar o método
4	Os riscos com o uso do método são inaceitáveis	Não utilizar o método

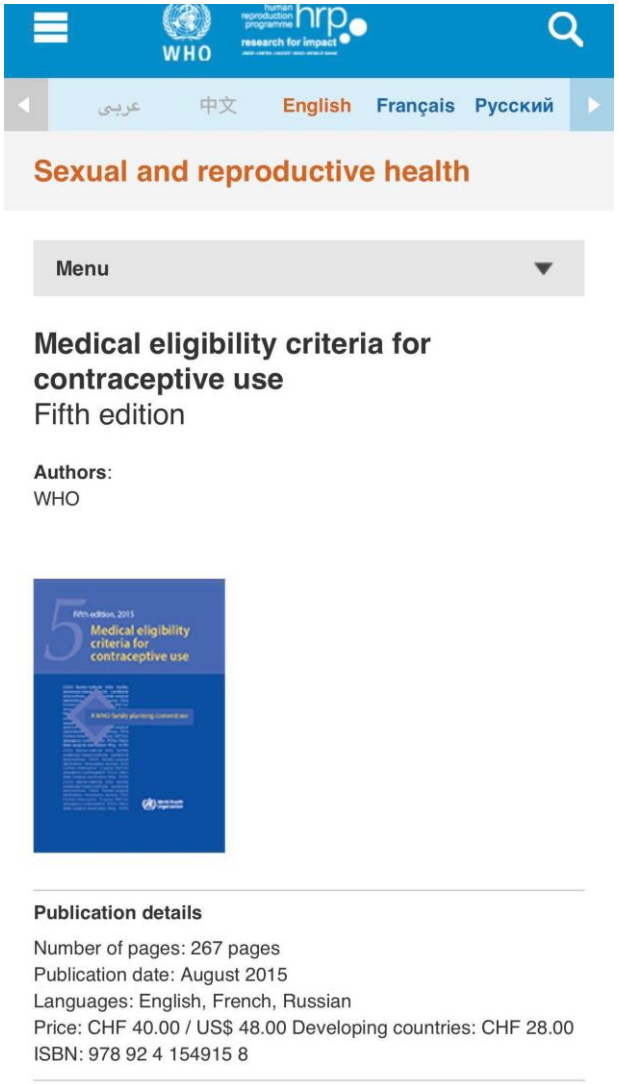
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/



App – CDC contraception



App – WHO medical eligibility criteria



Arquivo: digitar “medical eligibility criteria WHO” no google

Obesidade

World Health Organization

	Combinados		Progestagênio insolado (com exceção do DIU-cobre)				
	COC//P/CVR	CIC	POP	DMPA/NET-EN	LNG/ETG/ IMPLANTS	CU-IUD	LNG-IUD
OBESITY							
a) ≥ 30 kg/m^2 BMI	2	2	1	1	1	1	1
b) Menarche to < 18 years and ≥ 30 kg/m^2 BMI	2	2	1	2[a]	1	1	1

A obesidade por si só não contraindica nenhum método

WHO, 2015

MENU

CDC Contraception 2016

KEY

Obesity

a. BMI ≥30 kg/m^2

Method	Category		Clarification Evidence Comment SPR Info
	Init.	Cont.	
Cu-IUD	1		>
LNG-IUD	1		>
Implants	1		>
DMPA	1		>
POP	1		>
CHCs	2		>

Emergency Contraception

Additional Methods

Adolescência

Recommendation

Based on the selected medical condition(s), these are the safety ratings for contraceptive methods.

Adolescents, menarche to age <18 years

1 **Combined oral contraceptives**
COC

1 **Progestogen-only pills**
POP

1 **Implants**
LNG/ETG

2 **Progestogen-only injectables**
DMPA/NET-EN

2 **Levonorgestrel IUD**
LNG-IUD

2 **Copper intrauterine device**
Cu-IUD

O que fazer antes de iniciar um método anticoncepcional?

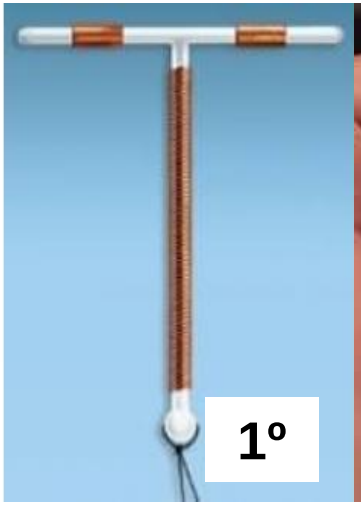
- **História clínica detalhada (doenças, hábitos, antecedentes pessoais)**
- **Medir a PA**
- **Exame pélvico se desejar DIU (descartar DIP e ver posição uterina)**

Quando começar os métodos hormonais?

- **Até o 5º dia do ciclo: sem necessidade de método adicional (já estará protegida neste ciclo)**

- **Após o 5º dia do ciclo: ter certeza razoável que ela não está grávida e usar método adicional por 7 dias**

Anticoncepção de emergência



DIU de cobre

99,9% o risco de gestação

Pílula de progestagênio isolado: levonorgestrel

60% a 94% o risco de gestação

Yuzpe – pílula combinada EE + LNG

56% a 89% o risco de gestação

Obstet Gynecol. 2015, 126(3):e1-11.

Contraception 82 (2010) 404 – 409

Review article

Mechanism of action of emergency contraception

Kristina Gemzell-Danielsson*

Uso agudo de progestagênio

***Inibe ou retarda a ovulação**

***Não tem efeito no endométrio, na trompa e no muco**

***Se iniciou pico de LH, já não funciona mais**

Só funciona pré-ovulação

Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation

Gabriela Noé[a,*], Horacio B. Croxatto[b], Ana María Salvatierra[a], Verónica Reyes[a], Claudio Villarroel[a], Carla Muñoz[a], Gabriela Morales[a], Anita Retamales[a]

	Uso pré-ovulatório	Uso no dia da ovulação e após
Gestação esperada sem contracepção de emergência	16 (em 103)	8 (em 45)
Gestação observada com uso da medicação	0 (em 103)	8 (em 45)

Não adianta dar pílula de emergência de LNG após ovulação

Contraception 2011, 84 : 486 – 492

	Pílula de levonorgestrel	Yuzpe (pílula combinada)
Prescrição	1)Levonorgestrel 1,5 mg em dose única (melhor) 1)Levonorgestrel 0,75 mg de 12 em 12 horas por 24h	30 mcg de EE + 150 mcg de LNG: 4 cp de 12 em 12 horas por 24 horas
Tempo após relação sexual desprotegida	Até 120 horas (5 dias)	Até 120 horas (5 dias)

A menstruação desce até 14 dias após a tomada da pílula de emergência. Caso não descer, fazer teste de gravidez.

Clin Obstet Gynecol. 2014, 57(4):741-50.

Cochrane Library

Cochrane Database of Systematic Reviews

Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy (Review)

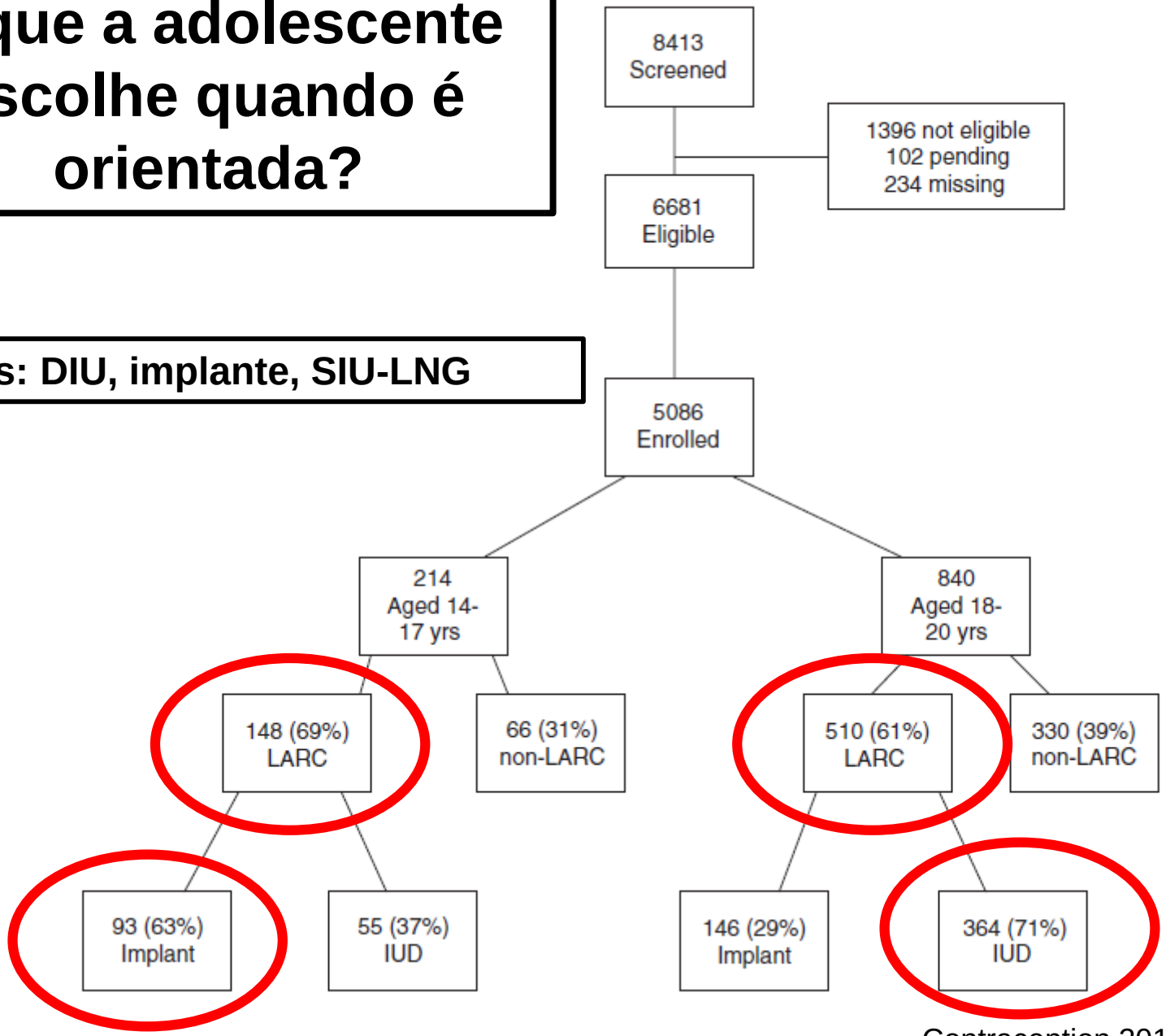
>11 estudos examinaram o uso repetido da pílula de levonorgestrel e não mostraram redução da eficácia (uso até 16 pílulas por ciclo)

Halpern V, Raymond EG, Lopez LM.
Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy.
Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. No.: CD007595.

Adolescentes e uso de LARCs

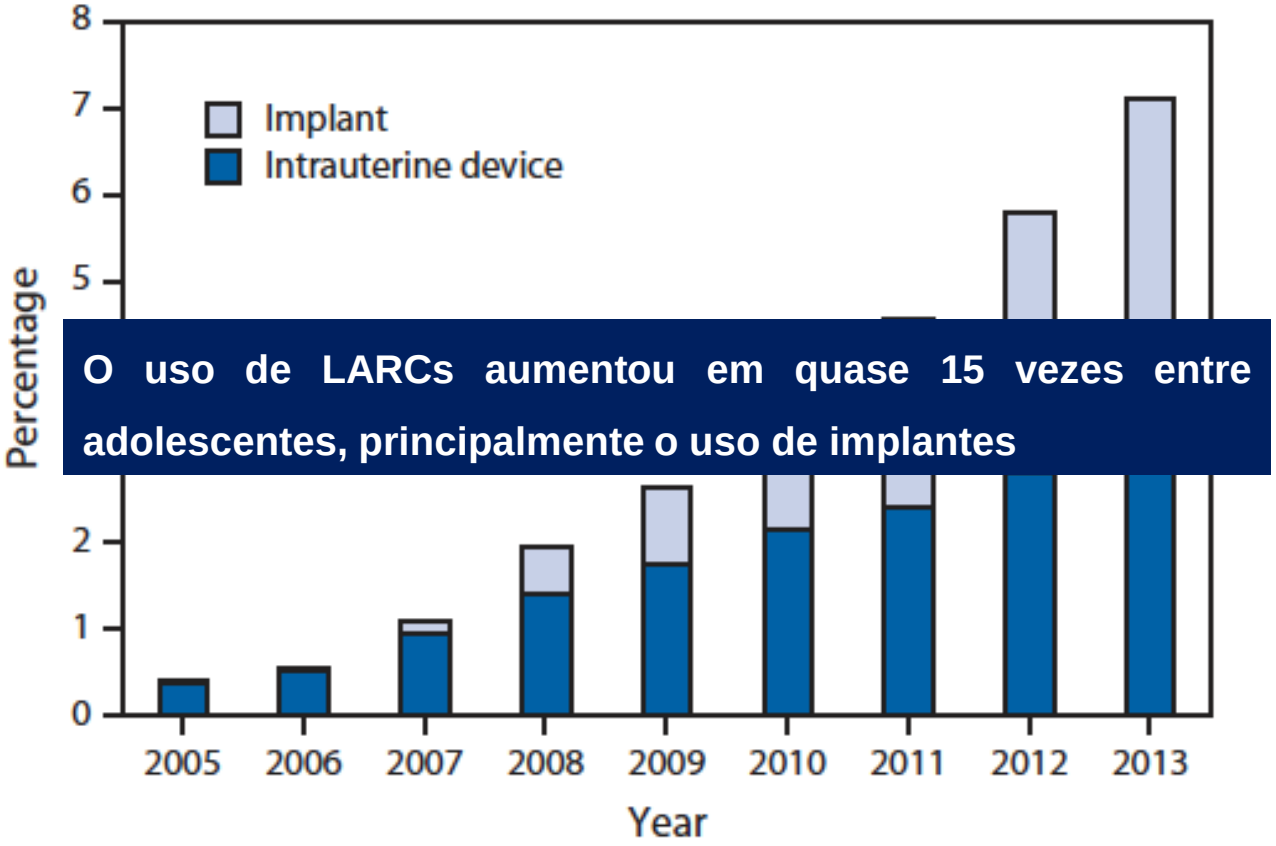
O que a adolescente escolhe quando é orientada?

LARCs: DIU, implante, SIU-LNG



Contraception 2011, 84: 493–498

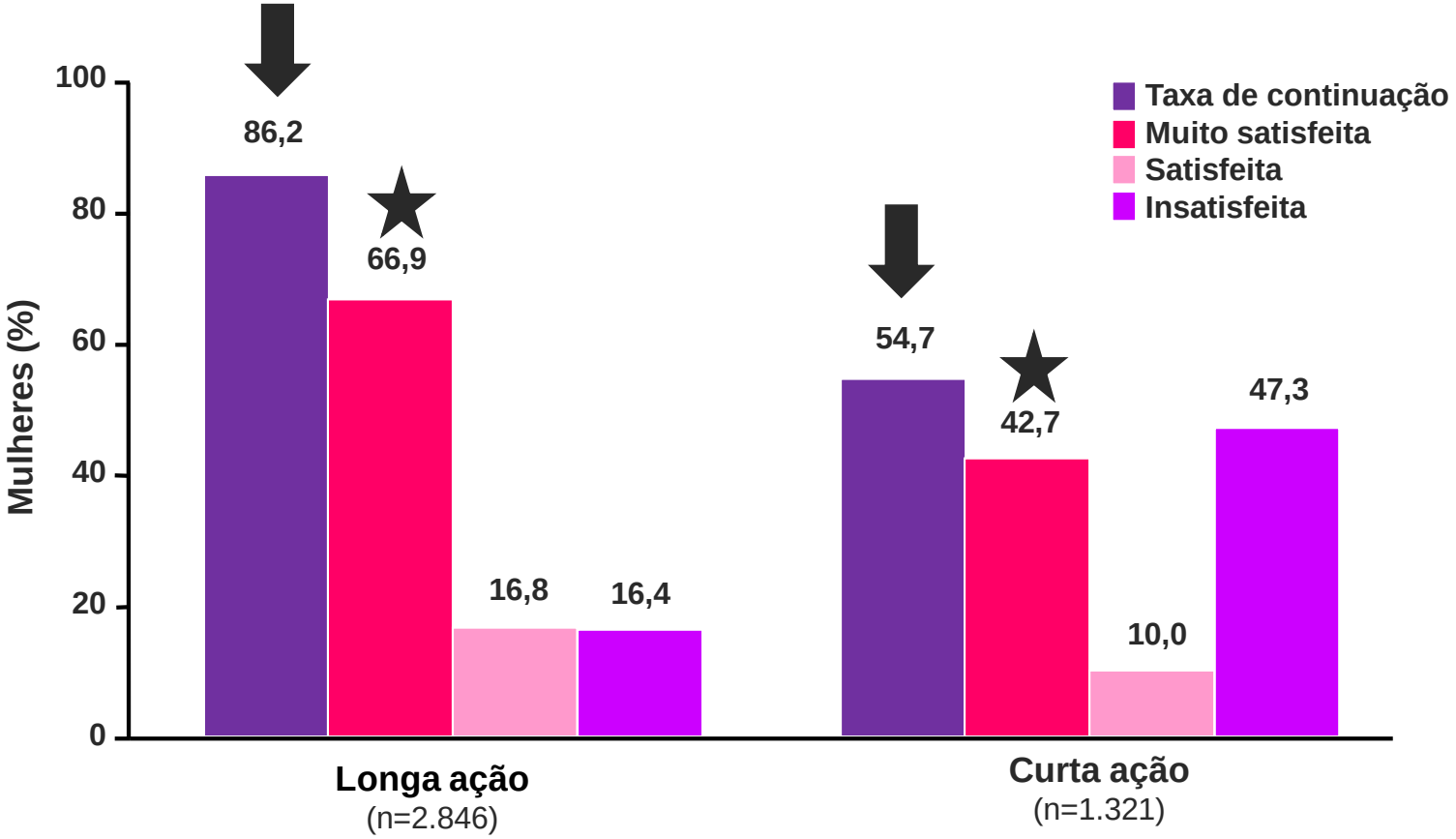
Adolescentes em uso de LARCs entre as frequentadoras das clínicas de planejamento familiar, Estados Unidos, 2005–2013



O uso de LARCs aumentou em quase 15 vezes entre adolescentes, principalmente o uso de implantes

MMWR 2015, 64 (13): 363-69

Taxas de continuidade e satisfação após 12 meses de uso de métodos contraceptivos

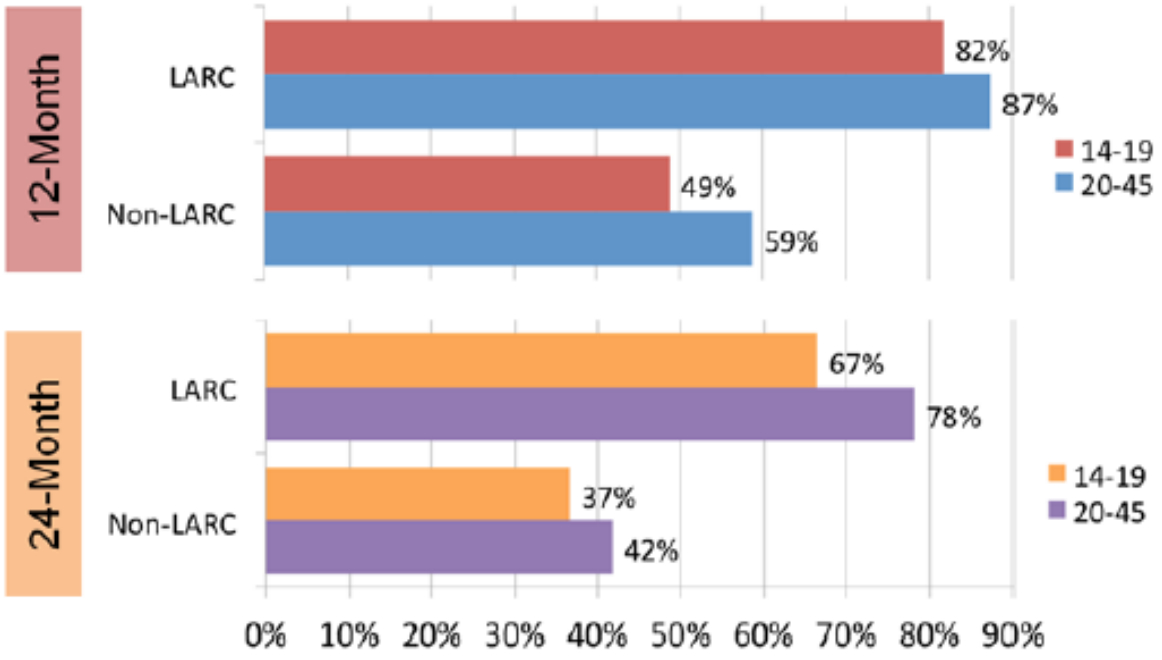


DIU-cobre, DIU-LNG e implante liberador de etonogestrel

COC, POP, anel, adesivo, injetáveis

Obstet Gynecol 2011;117(5):1105-13.

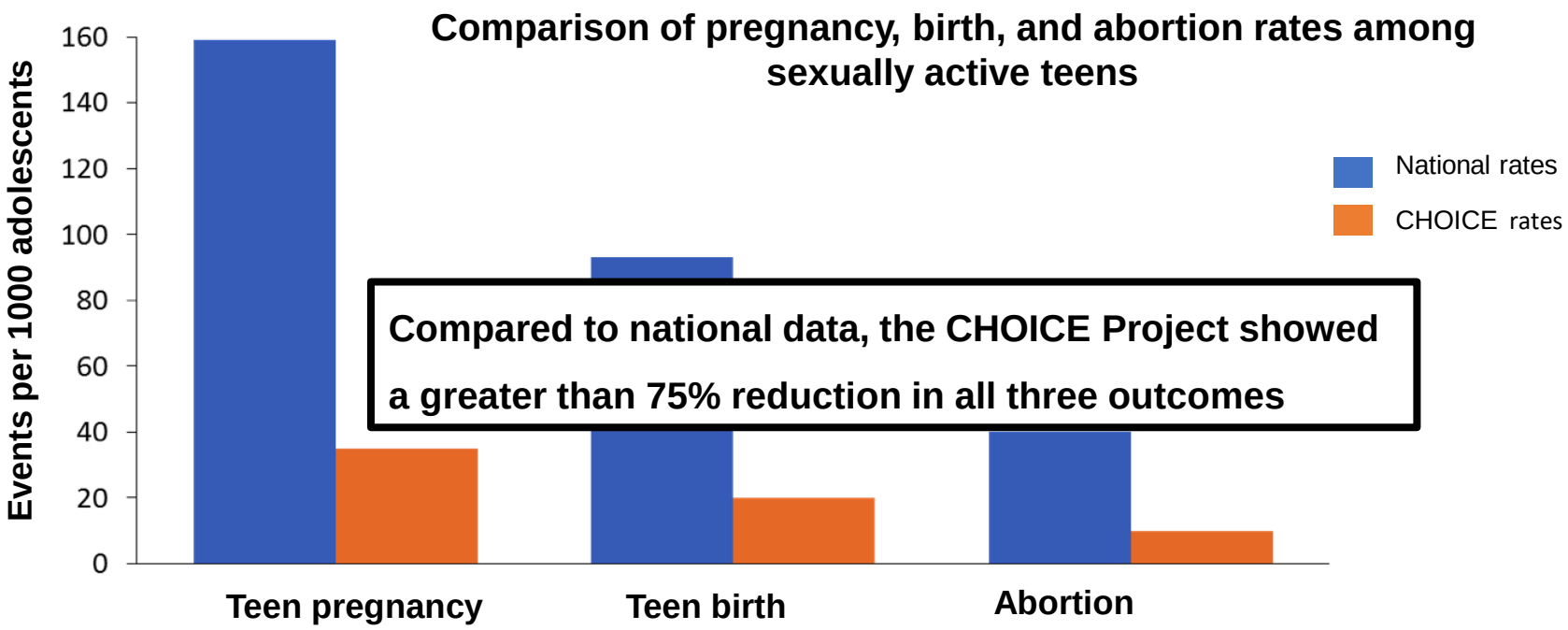
Taxas de continuidade a depender da idade



A idade não interfere na adesão aos LARCs

Obstet Gynecol 2015;126:823–9

Provision of No-Cost, Long-Acting Contraception and Teenage Pregnancy



Compared to national data, the CHOICE Project showed a greater than 75% reduction in all three outcomes

Secura GM et al. N Engl J Med. 2014; 371(14):1316-23.

LARC4CO

THIS IS WHAT SUCCESS LOOKS LIKE

WOMEN AGES 15 – 19

Between 2009 and 2017 teen birth and abortion rates plummeted.

59% decrease in birth rate

60% decrease in abortion rate

LARCs work.

Colorado has become a national leader and model for other state-level family planning efforts. In seven years, access to these effective contraceptives have dramatically reduced Colorado's unintended pregnancy and abortion rates.

51,427

WOMEN BENEFITTED SINCE 2008

WOMEN AGES 20 – 24

Between 2009 and 2017 birth and abortion rates for young women plummeted.

35% decrease in birth rate

41% decrease in abortion rate

http://www.larc4co.com/facts/

LARC4CO

FROM 2009 ~ 2017

The average age of first birth increased by

1.7 years

among all women

The number of second (or third, or fourth) births to teens were cut by

85%

Births to women without a high school education fell

38%

Among all women, births occurring less than 24 months after a previous delivery declined by

12%

WHY IT WORKS

LARCs save the state of Colorado a lot of money

Pregnancies averted through Colorado's efforts have resulted in a savings of between

$66.1-$69.6 million

in public assistance costs over a five-year period (2010 through 2014)

Colorado's success is a direct result of broad community support and bipartisan support among lawmakers. Continued access to LARCs ensure that Colorado remains a national leader, reducing unintended pregnancy, saving the state money, and securing a healthy future for thousands of Colorado women and their families.

COSTS AVOIDED (IN MILLIONS)

2010 - 2014, Ages 15 - 24

Medicaid	$52.3 to 53.7
TANF	$5.8 to $7
SNAP	$5.2 to $5.5
WIC	$2.7 to $3.6
TOTAL	$66.1 to $68.6

http://www.larc4co.com/facts/

ACOG COMMITTEE OPINION

Number 735 • May 2018

(Replaces Committee Opinion Number 539, October 2012)

Committee on Adolescent Health Care
Long-Acting Reversible Contraception Work Group

This Committee Opinion was developed by the American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Adolescent Health Care and the Long-Acting Reversible Contraception Work Group in collaboration with Committee member Ashlyn H. Savage, MD and Sarah F. Lindsay, MD, on behalf of the Long-Acting Reversible Contraception Work Group.

Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: Implants and Intrauterine Devices

FIGO
INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS

FEBRASGO

PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

Contraception for Adolescents

COMMITTEE ON ADOLESCENCE

Pediatrics 2014;134;e1244; originally published online September 29, 2014;
DOI: 10.1542/peds.2014-2299

Resolvendo o caso com um outro olhar!!!

Hoje estava no Posto de Saúde, quando fui atender uma menina de 14 anos. Ela foi me procurar pois queria um anticoncepcional já que estava tendo relações sexuais com o namorado de 16 ano. Não estavam usando preservativo. Perguntei se ela queria engravidar, ela disse que não, já que cuidava de 2 irmãos menores (3 e 5 anos) que davam muito trabalho.

O que eu teria feito naquele caso que me tirou o sono?

- **Perguntar quando foi a última relação sexual. Se foi há menos de 5 dias, ofereceria pílula de emergência.**
- **Orientar que a menstruação deve descer até 14 dias da tomada da pílula, caso isto não ocorrer, deverá fazer teste de gravidez.**
- **Conversar sobre objetivos de vida e como a gestação interferiria no sucesso destes objetivos.**
- **Orientar sobre contraceptivos e deixar ela escolher.**
- **Caso ela queira um LARC, prescreva um "contraceptivo intermediário" até ela conseguir a consulta.**

O que eu teria feito naquele caso que me tirou o sono?

- **Encaminhe para o GO.**
- **Orientar sobre o uso de preservativo, como uma forma de cuidado para não contrair IST.**
- **Marcar retorno curto para avaliar aderência.**

Mudar a realidade das gestações em adolescentes depende de todos nós!

Obrigada pela atenção!

DEPARTAMENTO DE PUERICULTURA E PEDIATRIA
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
Universidade de São Paulo