



Guia Prático de Atualização

Departamento Científico
de Adolescência

Anticoncepção na Adolescência

Departamento Científico de Adolescência

Presidente: Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Secretária: Evelyn Eisenstein

Conselho Científico: Beatriz Elizabeth Bagatin Veleda Bermudez, Elizabeth Cordeiro Fernandes, Halley Ferraro Oliveira, Lilian Day Hagel, Patrícia Regina Guimarães, Tamara Beres Lederer Goldberg

Colaboradores: Cesar Fernandes (FEBRASGO), Darci Vieira da Silva Bonetto, Iolanda Maria Novadzki, Jaqueline Pedroso de Abreu, Karine Ferreira dos Santos, Marta Francis Benevides Rehme, Rogerio Bonassi (FEBRASGO)

Introdução

O uso de contraceptivos hormonais, existentes há mais de 50 anos, continua tema de estudos e controvérsias, em especial quando se trata de adolescentes¹. Por um lado, a fecundidade declinou em todos os grupos etários nos últimos dez anos, sendo que as jovens de 15 a 19 anos representaram pela primeira vez uma exceção, com um crescimento de 25% entre 1991 e 2000. Tal aumento verificou-se entre as adolescentes menos escolarizadas, mais pobres e naquelas morando em áreas urbanas, além do que as gestações não planejadas ocorreram mais precocemente².

Embora entre 2000 e 2015 tenha ocorrido um decréscimo de 4% nas gestações dessas adolescentes entre 15 e 19 anos, os dados do Ministério da Saúde revelam que em 2014 nasceram 28.244 crianças filhas de meninas entre 10 e 14 anos e 534.364 crianças de mães com idades entre 15 e 19 anos, dados alarmantes que

requerem medidas urgentes de planejamento e ações. As taxas de gravidez na adolescência são maiores nos estados do Norte do Brasil. Dessas mães adolescentes, sete de cada 10 eram afrodescendentes ou pardas, e seis de cada 10 não estudavam nem trabalhavam, indicando que talvez a maternidade fosse seu único projeto de vida ou que tenham ocorrido por falta de informação adequada. Estima-se que no Brasil uma em cada cinco mulheres será mãe antes de finalizar a adolescência, fato bastante preocupante³. Faltam programas eficientes no nosso país específicos e voltados para adolescentes.

Embora as estratégias de prevenção à gravidez na adolescência tenham evoluído, ainda permanecem dúvidas e preconceitos mesmo entre profissionais de saúde. Os que negam contracepção aos adolescentes o fazem, não só por desconhecimento técnico, mas com frequência por desaprovação pessoal à atividade sexual nessa fase de vida⁴. No entanto, o desenvolvimento sexual ocorre nesta fase da vida e é indispensável que o

pediatra esteja preparado para orientar adequadamente de modo individualizado. Conforme o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), um número maior de adolescentes usaria os métodos mais indicados se os médicos fossem bem informados sobre sua efetividade e segurança⁵.

Além disso, a Academia Americana de Pediatria destaca o papel dos pediatras como de grande importância na prevenção da gestação inoportuna na adolescência⁶. Tal importância advém da relação em longo prazo com seus pacientes e familiares, o que facilita a abordagem de temas delicados dentre os quais a sexualidade e a contracepção.

Nesse sentido, a Sociedade Brasileira de Pediatria elaborou este documento de atualização em conjunto com a Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetricia. Deve-se sempre nesta faixa etária enfatizar a dupla proteção, isto é, mesmo usando métodos contraceptivos, o uso concomitante do preservativo é indispensável.

Aspectos éticos na prescrição de anticoncepcionais para adolescentes

Em novembro de 2002, médicos brasileiros e outros profissionais de saúde com experiência no atendimento de adolescentes reuniram-se para discutir aspectos polêmicos que envolvem o descompasso entre a proposta ética e o respaldo legal da contracepção na adolescência. As conclusões desse fórum seguem-se abaixo⁷:

- 1) O espaço privado de consulta é direito do adolescente, independentemente da idade, de ser atendido sozinho ou acompanhado por adulto, inclusive durante o exame físico. Essa postura vem do reconhecimento de sua autonomia e individualidade.
- 2) A confidencialidade é outro direito do adolescente, reconhecida no artigo 74 do Código de Ética Médica. A quebra do sigilo também é prevista no mesmo artigo, sendo necessária nos casos de suspeita ou certeza de violência sexual, no diagnóstico firmado de HIV/Aids e de gravidez em menores de idade, devendo

ser realizada com o conhecimento do adolescente, mesmo que sem a sua anuência.

- 3) O adolescente tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo de sua atividade sexual, e ainda direito à prescrição de métodos anticoncepcionais, respeitadas as ressalvas do Art. 74, Código de Ética Médica. O profissional que assim se conduz não fere nenhum preceito ético, não devendo temer nenhuma penalidade legal.
- 4) Em relação à prescrição de anticoncepcionais para menores de 14 anos, a presunção de estupro deixa de existir quando o profissional possui informação de sua não-ocorrência. Nesse caso, devem ser consideradas todas as medidas cabíveis para melhor proteção à saúde da paciente, conforme a Lei nº 8069-90-Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o que retira qualquer possibilidade de penalidade legal.
- 5) O avanço do suporte legal na proposta ética é dado pelo ECA, 1990, e pela revisão da ONU na Conferência Mundial de População e Desenvolvimento⁸.

O Conselho Federal de Medicina emitiu parecer favorável à anticoncepção de emergência na RESOLUÇÃO Nº 1.811, DE 14 DE DEZEMBRO DE 2006:

“Aceitar a Anticoncepção de Emergência como método alternativo para a prevenção da gravidez, por não provocar danos nem interrupção da mesma. Cabe ao médico a responsabilidade pela prescrição da Anticoncepção de Emergência como medida de prevenção, visando interferir no impacto negativo da gravidez não planejada e suas consequências na Saúde Pública, particularmente na saúde reprodutiva. Para a prática da Anticoncepção de Emergência poderão ser utilizados os métodos atualmente em uso ou que porventura venham a ser desenvolvidos, aceitos pela comunidade científica e que obedeçam à legislação brasileira, ou seja, que não sejam abortivos. A Anticoncepção de Emergência pode ser utilizada em todas as etapas da vida reprodutiva”.

Na versão atualizada em 2009, o Código de Ética Médica no capítulo IX, Art. 74, preserva o princípio de que:

“É vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou representantes legais, desde que o menor tenha capacidade de discernimento, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”.

Respaldo importante à anticoncepção para adolescentes foi a estruturação do documento Marco Teórico e Referencial - Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens pelo Ministério da Saúde (MS) em 2006, que reforça direitos anteriormente determinados pelo ECA, 1990, e pela ONU em 1991 e 1995⁸. Mais uma vez, os principais direitos são a privacidade e a confidencialidade no atendimento, além do direito ao sigilo profissional, educação sexual e à prescrição de métodos anticoncepcionais⁹.

No âmbito internacional, diversas organizações de saúde também recomendam a confidencialidade nas consultas médicas durante a abordagem de temas referentes à contracepção e às Infecções sexualmente transmissíveis (IST) em adolescentes⁶.

Portanto, o reconhecimento dos adolescentes como sujeitos de direitos sexuais e reprodutivos é essencial para a construção e efetivação de políticas e programas, na busca mais saudável para a vida adulta.

Início da atividade sexual

A iniciação sexual é um evento que tende a ocorrer majoritariamente durante a adolescência¹⁰, gerando necessidades específicas de educação para a sexualidade e contracepção nessa fase¹¹, além de esclarecimentos detalhados sobre as infecções sexualmente transmissíveis e a necessidade de sexo seguro. É muito importante nesta fase, reforçar e ampliar o autocuidado, a resiliência, e as informações adequadas sobre a saúde e a sexualidade.

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde do Adolescente (PeNSE), nas versões de 2009 e de 2012, observou que respectivamente 20,5% e 28,7% dos estudantes do nono ano do ensino fundamental (13-15 anos) já tinham iniciado a vida sexual¹².

A versão da PeNSE, 2015, apontou que 27,5% dos escolares dessa mesma faixa já haviam vivenciado a primeira relação sexual, sendo que 19,5% desse percentual eram de meninas¹³. Além de variar de acordo com o gênero, a idade da primeira relação foi distinta nas diversas regiões do país, sendo a idade menor no Norte (36,1%) e maior no Sudeste (25%)¹³. Também houve diferenças de acordo o tipo de escola pública (31,5%) ou escola privada (15,5%)¹⁶.

O início da vida sexual insere os adolescentes em contextos de vulnerabilidades às IST e HIV/ Aids, gestação não planejada e aborto, além de transtornos depressivos¹⁴. Assim, o uso de métodos contraceptivos de barreira, principalmente o preservativo masculino, é desejável e fortemente recomendável. Estudos realizados com adolescentes brasileiros revelam que o uso de métodos contraceptivos na última relação sexual varia entre 75,0% e 86,0%, sendo o preservativo masculino e a pílula oral os mais utilizados¹⁵.

Também há de se considerar a puberdade antecipada pela tendência secular da menarca, cada vez mais precoce, os estímulos sexuais intensos e constantes dirigidos aos jovens, bem como as características próprias da fase: a busca do novo, a sensação de onipotência e invulnerabilidade, a vivência temporal singular, a separação progressiva dos pais, a tendência e influência grupal, a necessidade de autoafirmação, o pensamento mágico, a curiosidade entre outros fatores que impulsionam novas experiências, incluindo a prática da sexualidade^{16,17}.

Vários são os fatores associados à adoção de comportamentos sexuais desprotegidos, sejam intrínsecos ou extrínsecos ao próprio adolescente, devendo ser sempre consideradas as questões socioculturais. Dentre esses fatores, destacam-se^{4,14,18-21}:

- Falta de acesso aos métodos contraceptivos, falta de orientação sobre o uso correto dos mesmos, ou até desconhecimento sobre os aspectos do próprio corpo;
- Negativa dos profissionais de saúde em prescrever, ou recusa de pais e educadores em informar;
- Receio de prejuízo à fecundidade e dos efeitos colaterais em longo prazo. Crenças religiosas também podem exercer influência;
- Falta de projeto de vida, mau desempenho escolar e/ou profissional, pressão social para casar ou para engravidar, dentre outras questões de gênero;
- Instabilidade e/ou falta de vínculo familiar, baixa autoestima;
- Dificuldade em assumir a própria sexualidade;
- Uso de álcool, tabagismo e outras drogas;
- Passado de abuso sexual, iniciação sexual precoce, múltiplos parceiros ou monogamia seriada;
- Ter mãe, irmãs ou amigas que gestaram quando adolescentes;
- Falta de diálogo, informação adequada e comunicação não eficiente dos profissionais de saúde, professores e familiares.

Gravidez na adolescência

A gravidez inoportuna entre adolescentes, entendida como a que ocorre nas meninas entre 10 e 19 anos, de maneira geral pode estar associada a diversas consequências negativas não só para a saúde da mãe e do bebê, mas também para seu futuro. Segundo a OMS (2012) mães adolescentes têm maior risco de eclâmpsia, infecções puerperais, de terem filhos com baixo peso ao nascer, parto pré-termo, morte neonatal, além de diminuir suas chances para oportunidades educação e trabalho no futuro e insegurança pessoal^{22,23}.

No entanto, ao pensar na saúde reprodutiva, deve-se ainda considerar que engravidar predominantemente de maneira não planejada não é exclusividade de adolescentes. Segundo o Fundo de População das Nações Unidas no Brasil

(UNFPA) aproximadamente metade dos nascimentos ocorridos no país não foram planejados e, dentre estes, 18% não foram desejados²⁴. O pediatra deve estimular a informação de que a gestação deve ser sempre planejada e desejada. Este atendimento deve ser individualizado e feito de forma adequada e completa.

Contudo, deve-se lembrar que, apesar de sua correlação com indicadores de saúde negativos, tanto em sua causa como em suas consequências, nem sempre a gestação na adolescência é indesejada ou ocorre sem planejamento. Não raro, vêm-se casais com menos de 18 anos nos ambulatórios específicos para essa população, manifestando o desejo de ter filhos em breve ou buscando ajuda porque não conseguem engravidar, apesar da atividade sexual sem contracepção. Todos esses fatores devem ser levados em conta no atendimento a essa população, não se esquecendo de levá-los a refletir sobre as responsabilidades e possibilidades de criar um filho.

Métodos anticonceptivos na adolescência

O pediatra deve lembrar que, uma vez avaliada a necessidade ou demanda de contracepção, é de grande importância não se adiar o seu início. Caso o método considerado ideal não esteja prontamente disponível, por exemplo, no caso dos dispositivos intrauterinos (DIU) ou do implante, por depender de outro profissional, a prescrição de algum método em caráter inicial é preferível e pode evitar a perda da oportunidade preciosa em promover um comportamento seguro.

Além da atenção à saúde integral da adolescente, a contracepção deve incluir:

- A. Apresentação de todos os métodos, mesmo que indisponíveis;
- B. Avaliação da existência ou não de contraindicações ao uso de algum deles;
- C. Ajuda na escolha do método - lembrando sempre que tal escolha é da adolescente ou do casal;
- D. Confirmação dessa escolha;

E. Enfatizar a dupla proteção – preservativos sempre associados a outros métodos.

A FEBRASGO reforça o documento *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use* da OMS, em sua última versão, 2015, a qual aponta que somente a idade não é razão para atrasar o uso de qualquer método reversível, e que questões sociais e comportamentais devem ser consideradas de modo individualizado⁹.

Apesar da possibilidade do uso de vários métodos, a realidade demonstra que adolescentes continuam engravidando em situações não programadas, mesmo em países com grande preocupação para com essa faixa etária. A tendência dos especialistas é estimular a indicação e o uso dos métodos reversíveis de ação prolongada, também conhecidos como *Long-acting reversible contraception* (LARC), visando a maior efetividade anticonceptiva⁹. Importante lembrar que nem todo adolescente é atendido por especialista, mas todos necessitam de orientação e prescrição. Portanto, o melhor anticoncepcional, é aquele de mais fácil acesso, menor custo, baixa dosagem, eficácia, tempo de atuação, e possibilidade de reversão.

Merece consideração especial a abordagem ao sangramento irregular que com frequência acom-

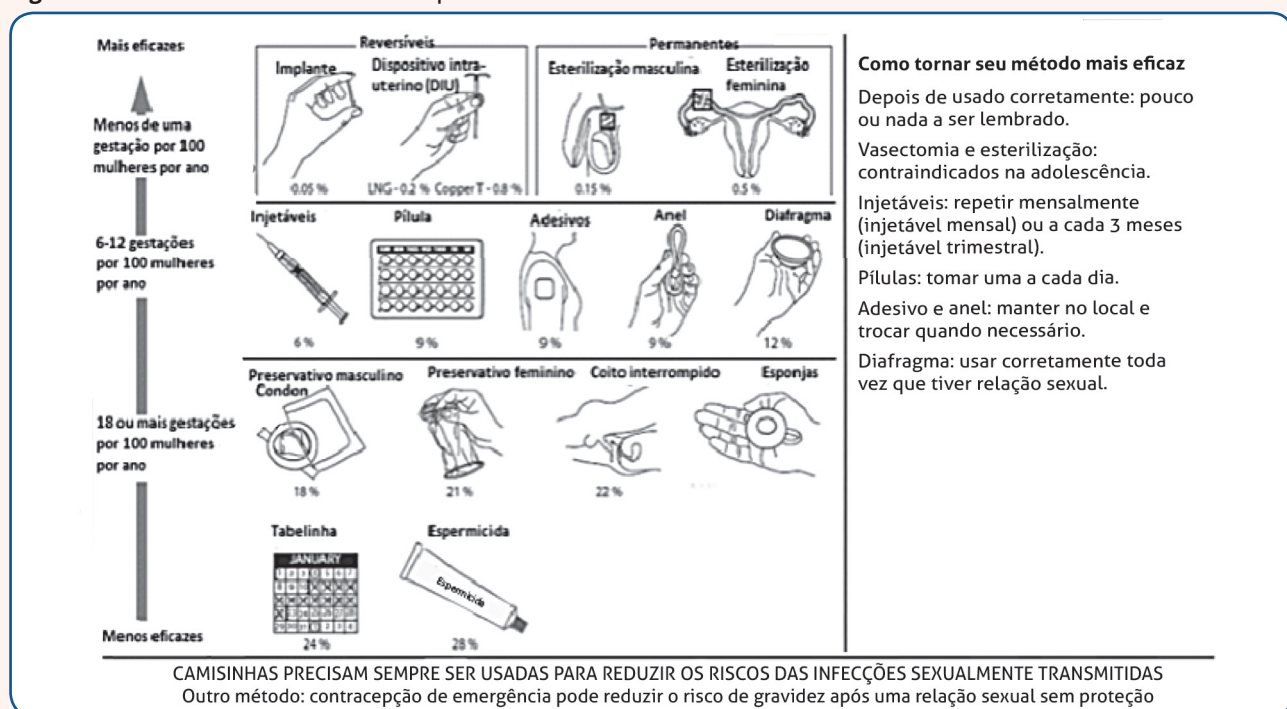
panha a escolha de alguns métodos, dificultando sua adesão. Outros receios frequentes, para os quais as adolescentes devem receber orientação correta e individualizada, são a alteração de peso corporal, ação sobre a pele, associação com infertilidade futura, dismenorreia, mudanças de humor e possibilidade de episódios tromboembólicos, assim como enfatizar a importância do uso regular e constante⁹ e a avaliação clínica periódica.

Ressalte-se que qualquer método anticoncepcional apresenta algum risco, em maior ou menor grau, sendo os principais a falha na contracepção e efeitos colaterais em curto e médio prazo. Fundamental é a recomendação de uso de preservativos sempre, mesmo em associação com outros métodos, para evitar as infecções sexualmente transmissíveis, além da gravidez.

Tipos de anticeptivos

Os contraceptivos podem ser divididos em hormonais e não hormonais. Entre os não hormonais encontram-se os métodos comportamentais, os mecânicos e os de barreira. Os índices de falha de cada método são observados na Figura 1.

Figura 1. Eficácia dos métodos contraceptivos



FONTE: 28.

Contracepção não hormonal

a) Métodos comportamentais

Incluem a lactação/amamentação (ou amenorreia lactacional), curva de temperatura basal, avaliação do muco cervical, a tabela de Ogino-Knauss, o método sinto-térmico e o coito interrompido. Estes métodos requerem determinação do período fértil, o que não é simples na adolescente, pela disciplina e o conhecimento das mudanças físicas puberais, resultando em eficácia de média a baixa. Ressalta-se, que nos três primeiros anos pós-menarca, a ocorrência de ciclos anovulatórios é frequente, causando irregularidade menstrual, que pode comprometer mais ainda o uso dos métodos comportamentais. Porém, no início da vida sexual podem ser os únicos recursos disponíveis: educam a adolescente sobre seu ciclo reprodutor, atendem aquelas que por motivos religiosos ou filosóficos não se permitem usar outros métodos e não têm custo, mas idealmente sempre deve ser alertada a necessidade sistemática e concomitante do preservativo.

b) Métodos de barreira

São representados pelos preservativos, diafragma e espermicida.

O uso do preservativo é recomendado independentemente da indicação anticonceptiva devido à sua ação preventiva em relação às IST e ao HIV. O preservativo masculino (maioria de látex) e feminino (poliuretano) são os métodos que oferecem comprovadamente dupla proteção. Sua eficácia depende da técnica e constância de uso, com índices de falha do preservativo masculino em 15% na população adulta sendo que, segundo Dayananda et al²⁶, a falha é dez vezes maior entre adolescentes, quando comparados aos casais adultos. Por outro lado, o preservativo feminino tem falha entre 5% e 21%, é mais caro e de distribuição limitada, mas protege a genitália externa. Fundamental a informação correta sobre seu uso.

Métodos hormonais

a) Anticoncepcionais hormonais combinados: contêm estrogênio e progestagênio, podendo ser o anel vaginal, adesivo contraceptivo e anticoncepcivo hormonal combinado oral (ACHO). Aproximadamente nove em cada 100 mulheres engravidam no primeiro ano de uso correto.

As adolescentes podem utilizá-los desde a menarca, reconhecendo e utilizando seus benefícios além da anticoncepção, como ação adjuvante no tratamento da tensão pré-menstrual, regularização de ciclos em casos de anovulação crônica e demais irregularidades menstruais; redução da dismenorreia, controle da endometriose e dos sinais do hiperandrogenismo²⁸.

Apesar de não ser ideal na adolescência, a via oral é a mais utilizada para anticoncepcionais combinados. Pode-se optar por outras vias como a de depósito, a transdérmica e a vaginal, que evitam a primeira passagem hepática e interferência da absorção gastrointestinal, permitindo níveis séricos mais constantes e dosagens mais reduzidas além de dispensar a tomada diária de pílula²⁸.

Entretanto, apesar de indicarem que os níveis de etinil estradiol (EE) se apresentariam reduzidos, a exposição ao estrogênio é 60% maior do que aquela observada quando são utilizados anticoncepcionais orais contendo 35 microgramas de EE. Dessa forma, o FDA tem alertado para uma possível associação ao incremento de efeitos tromboembólicos entre as usuárias dos "patches"²⁸.

Na avaliação prévia para sua prescrição, deve-se observar a data da última menstruação, padrão menstrual, presença ou não de tensão pré-menstrual e ou dismenorreia primária²⁸.

É fundamental avaliar contraindicações absolutas dos estrogênios como hepatopatias graves, tireoideopatias descompensadas, doenças tromboembólicas, gestação confirmada ou suspeita e avaliar o histórico de cefaleia com aura. Como rotina, realizar exame físico geral com verifica-

ção de mucosas e escleróticas, pressão arterial, peso corporal, palpação da tireoide e do abdome (visceromegalias, principalmente hepática)²⁸.

b) Anel vaginal: Anel flexível do polímero evatane que libera dose diária de EE e de etonorgestrel, suprimindo a ovulação. É inserido e retirado pela própria adolescente, devendo permanecer em contato com a mucosa vaginal por três semanas seguidas por uma de intervalo. Não interfere com a flora vaginal e nem altera lesões intraepiteliais escamosas de baixo grau cervicovaginais. Sua falha real é de 8%; é discreto e com bom controle de ciclo. O manuseio da genitália para sua colocação pode dificultar o uso no início da vida sexual. Pode ocorrer expulsão espontânea em 2% a 3% das pacientes²⁸.

c) Adesivo transdérmico: libera dose diária de EE e de norelgestromina suprimindo a ovulação. Deve ser trocado semanalmente por três semanas, seguidas de uma de intervalo. A presença do adesivo pode dificultar, ou não, sua aceitação entre adolescentes. Pode ocorrer desconforto mamário como nos demais métodos hormonais. Além disso, podem ocorrer reações dermatológicas locais. Sugere-se que a eficácia declina em pacientes com peso igual ou maior que 90 kg²⁸.

d) Anticonceptivo hormonal combinado oral: o consenso para OMS é a prescrição de ACHO de baixa dose, considerando adesão, falha pelo esquecimento, abandono do método e benefícios além da anticoncepção. O índice de falha real é de 8%²⁸.

Ao prescrever os ACHO, deve-se orientar às pacientes que sangramentos irregulares podem ocorrer, sobretudo no decorrer da primeira cartela; se a paciente apresentar cefaleia com aura é contraindicado o uso de ACHO. Tais orientações evitam o abandono do método²⁸.

Na maioria dos anticonceptivos hormonais combinados de uso oral, o componente estro-

gênico é o etinilestradiol, em doses de 15µg a 30µg, associados a diferentes progestagênios, em regimes de 21/7, 24/4 ou 28 dias, com maior eficácia dos regimes sem intervalo³¹. Dois ACHO contém estrogênios naturais em sua composição - o valerato de estradiol e o 17 beta estradiol. Têm ganhado o mercado as pílulas com estrogênio natural em sua apresentação, como o valerato de estradiol e o 17 beta estradiol. Elas foram desenvolvidas com o intuito de minimizar os efeitos colaterais dos estrogênios sintéticos²⁸.

As apresentações podem ainda ser unifásicas ou multifásicas.

- 1) Nas unifásicas todos os comprimidos possuem a mesma dosagem hormonal,
- 2) Nas multifásicas, as dosagens são variadas, uso é um pouco mais complicado, uma vez que a ordem dos comprimidos deve ser seguida estritamente, mas tem menor probabilidade de sangramentos irregulares durante a cartela²⁸.

Os progestagênios variam sua ação androgênica sobre pele, pelos e perfil lipídico: acetato de ciproterona, acetato de clormadinona; levonorgestrel, desogestrel, gestodeno; drospirenona (também com atividade antimineralocorticóide) e dienogeste. Os produtos compostos de ciproterona apresentam indicação nos distúrbios andrógeno-dependentes que não responderam a outras medicações²⁸.

Fármacos e drogas podem interagir com os contraceptivos orais por meio de alteração na ligação a proteínas séricas e aumento do metabolismo hepático pela indução das enzimas do citocromo P-450, podendo diminuir a eficácia do outro e vice-versa, como barbitúricos (fenobarbital e primidona, carbamazepina, oxcarbazepina, felbamate, fenitoína, topiramato e vigabatrina), o que não ocorre com o ácido valproico, levetiracetam e zonisamida. Sobre a interação com agentes anti-infecciosos, a rifampicina diminui o nível de esteroides em mulheres que usam ACHO²⁸.

Anticonceptivos orais apenas com progestagênio

Não estão associados ao estrogênio e são utilizados de maneira ininterrupta. Nove entre 100 mulheres engravidam no primeiro ano de uso correto desse medicamento. Não interferem na densidade mineral óssea, apresentam poucos efeitos adversos e poucas contraindicações. Produtos com acetato de noretindrona ou levonorgestrel têm em comum a inibição inconstante da ovulação, efeitos androgênicos variáveis e sangramento uterino imprevisível. Os produtos com desogestrel podem ser utilizados além do período de aleitamento, promovem uma inibição da ovulação eficiente, baixa ação androgênica, com tendência a amenorreia/sangramentos infrequentes e melhora da dismenorreia²⁸.

a) Anticonceptivos hormonais injetáveis (de uso trimestral ou mensal)

A primeira injeção deve ser feita a qualquer tempo desde que a paciente não esteja grávida, nos sete primeiros dias de início do sangramento, ou após, se houve abstinência sexual ou uso de outro método contraceptivo, pós-parto ou uso imediato trimestral para permitir aleitamento materno e imediato após aborto²⁸.

b) Trimestral: mais comum é o acetato de medroxiprogesterona que provoca espessamento do muco cervical, altera o endométrio e inibe a ovulação. Aproximadamente seis mulheres entre 100 engravidam no primeiro ano de uso típico desse medicamento. De baixo custo e disponível pelo SUS, é indicada para usuárias de drogas antiepilépticas e em diabéticas sem doença vascular. Pode causar aumento de peso (de 2kg a 3 kg), mastalgia, depressão, alterações no fluxo menstrual, amenorreia e atraso no retorno da fertilidade em até um ano após sua descontinuidade²⁸.

Há evidências de diminuição da densidade mineral óssea ao longo do tempo de uso em adolescentes, além de prejudicar a aquisição de

massa óssea naquelas que ainda não atingiram seu o pico de ganho ósseo. Ainda não há conclusão definitiva sobre os efeitos sobre o futuro ósseo: para pacientes maiores de 18 anos, não há restrição para sua prescrição; para pacientes entre a menarca e 18 anos, seu uso continuado depende de avaliação individual de riscos e benefícios.

c) Mensal: inibe a ovulação e torna o muco cervical espesso. Por utilizarem estrogênio natural e não sintético, apresentam poucos efeitos comuns aos orais, como aqueles sobre a pressão arterial, homeostase e coagulação, metabolismo lipídico e função hepática. É uma boa opção para adolescentes que não tenham a disciplina da tomada diária da pílula ou apresentem intolerância gástrica com a via oral²⁸.

Anticoncepção de emergência (AE)

Tem indicação de uso após uma relação sexual sem proteção, falha potencial de um método já utilizado ou às vítimas de violência sexual. Deve ser usada até 72 horas, reduz a possibilidade de gravidez em 75%²⁸. Mas pode ser utilizada até o quinto dia após a relação sexual desprotegida.

Sugere-se que tanto o levonorgestrel (preferencialmente), como comprimidos contendo EE acrescido de levonorgestrel (Método Yuzpe) sejam oferecidos tão logo ocorra a relação desprotegida. Uso precoce maior eficácia.

O uso isolado de levonorgestrel (dose única de 1,5mg) é mais efetivo, sem os efeitos adversos do estrogênio. O mecanismo de ação varia: se utilizada na primeira fase do ciclo menstrual, impede a ovulação; se o uso é na segunda fase, atua principalmente pelo espessamento do muco cervical. Atualmente não há registros de que tenha efeitos teratogênicos, de que interfira na implantação ou de que altere o endométrio²⁸.

O levonorgestrel pode ser encontrado em dose única de 1,5mg ou de 0,75mg a cada 12 horas. Alguns autores sugerem que utilizando

a apresentação em duas doses, os dois comprimidos sejam ingeridos ao mesmo tempo, uma vez que os efeitos colaterais não são mais intensos. Caso ocorram vômitos no período de até três horas após tomada, deve-se oferecer um anti-emético e então repetir a dosagem.

No caso de EE acrescido de levonorgestrel, repetir dose se houver vômitos após uma hora de sua tomada, oferecendo anti-emético antes.

Todos estes métodos devem ser utilizados em conjunto com os preservativos para evitar as infecções sexualmente transmissíveis.

Métodos mecânicos

Dispositivo intrauterino (DIU)

No Brasil, há dois tipos principais de DIU, um hormonal e outro não. O não hormonal, também conhecido como T de cobre ou T380A, está disponível na rede pública e pode ser utilizado por adolescentes, independente de paridade. Juntamente com o DIU hormonal (sistema intrauterino de levonorgestrel, SIU-LNG) e com o implante subdérmico de etonorgestrel, compõem hoje o grupo dos LARC, métodos de alta eficácia contraceptiva.

Dois mitos são frequentes em relação aos DIUs: suposta ação abortiva e aumento da incidência de doença inflamatória pélvica (DIP). Contudo, o mecanismo de ação do DIU de cobre ocorre pela promoção de resposta inflamatória endometrial, gerando um ambiente hostil à função dos espermatozoides²⁶.

Com relação ao aumento da incidência de DIP e utilização de DIU, essa associação é rara e, quando ocorre, está predominantemente relacionada ao período de inserção. Segundo recomendação da OMS, 2010²⁷ mesmo nos casos de diagnóstico de DIP após a inserção de DIU, inicialmente não se faz necessária a retirada do mesmo, sendo o tratamento apenas medicamentoso²⁹. Deve-se também orientar o uso concomitante de preservativos.

Implante subdérmico de etonorgestrel (ISE)

O Implanon® é uma haste flexível com 4cm de extensão, de etileno vinil com acetato de etonorgestrel, um progestágeno, que deve ser implantado sob anestesia local na camada subdérmica da porção medial do braço, por profissional treinado. Como não é biodegradável, deve ser retirado após três anos de uso ou quando a paciente desejar sua interrupção, sendo necessária uma pequena incisão local. Sua ação contraceptiva se dá pela inibição da ovulação, espessamento do muco cervical e atrofia endometrial²⁶.

Aproximadamente 40% das pacientes com tal implante evoluem com amenorreia. Contudo, sangramentos irregulares não são raros. Com alta eficácia, sua taxa de continuação entre adolescentes que já são mães é maior quando comparada à das pílulas²⁶.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG)

O Mirena® é um dispositivo intrauterino com levonorgestrel, cuja forma assemelha-se à do DIU de cobre. A contracepção ocorre pela reação intrauterina tipo corpo estranho, além do espessamento do muco cervical e atrofia endometrial. Justamente por esse espessamento do muco acredita-se que diminui a possibilidade de infecções ascendentes por *Chlamydia* e *Neisseria*. Sua duração é de cinco anos. Entre os efeitos colaterais estão o sangramento uterino irregular, alterações de humor e acne²⁶.

Long Acting Reversible Contraception (LARC)

O DIU, o implante subdérmico e o SIU-LNG compõem o grupo dos LARC. Estes métodos têm alta eficácia por não dependerem da adesão e observância da usuária e independem do fator "esquecimento". Menos de uma mulher dentre 100 engravidam no primeiro ano de uso.

No caso da contracepção em adolescentes, deve-se sempre ter em mente: o uso de métodos que não exijam um regime diário pode ser o ideal; adolescentes casadas são menos toleran-

tes em relação aos efeitos adversos, com índices maiores de abandono do método escolhido; a escolha do método pode ser influenciada por fatores como relações sexuais esporádicas e necessidade de esconder a atividade sexual ou o uso de anticoncepção, e deve-se evitar que o custo do serviço e do método limite sua utilização²⁸.

O documento *Faculty of Sexual & Reproductive Health Care (FSRH)* apoia e reforça os benefícios dos métodos anticonceptivos reversíveis de ação prolongada e apoia a importância de acompanhamento médico próximo, principalmente no primeiro ano de uso, período de altas taxas de descontinuidade do método inicialmente escolhido⁹.

Os LARC são apropriados para adolescentes obesas, nulíparas, primíparas, diabéticas, hipertensas, com mutações trombogênicas, com HIV, doença hepática, doença cardiovascular ou imunossuprimidas. Não afetam o ganho de massa óssea, mas podem associar-se a acne. Atentar para o fato de que DIU e Mirena[®] não são aconselhados no caso de mulheres ou adolescentes com malformações uterinas. Além disso, é contraindicado o uso de DIU se existe DIP no momento da inserção. Em adolescentes com anemia falciforme é recomendado anticonceptivo oral somente com progestagênios ou DIU com levonorgestrel ou o implante subdérmico²⁸. As demais anemias são tratadas com anticonceptivo hormonal combinado contínuo.

Portanto:

- Seguros e práticos, os LARC possuem altos índices de satisfação principalmente por não necessitar que a mulher lembre de tomar um medicamento todos os dias, na mesma hora, para garantir a ação contraceptiva. Por esse motivo, pode ser uma boa opção para jovens no início da vida sexual, que costumam falhar na utilização correta de medicação oral;
- A contracepção de longo prazo evoluiu a partir do conhecimento tecnológico da fisiologia reprodutiva e seus efeitos colaterais são mínimos comparáveis com outros anticoncepcionais;

- LARC são considerados o melhor custo-benefício para a ação contraceptiva em populações especiais tais como adolescentes, usuárias de drogas ilícitas e mulheres vivendo com HIV;
- Mesmo para população feminina geral, a taxa de eficácia dos LARC é superior à dos métodos de curta duração, o que torna os primeiros uma excelente escolha contraceptiva;
- LARC são métodos nem sempre bem aceitos entre as adolescentes, mas apresentam maiores taxas de continuidade do que os anticoncepcionais hormonais de uso oral, principalmente em mulher adulta;
- LARC podem ser inseridos em qualquer momento, desde que haja segurança de que a adolescente não está grávida e em até cinco dias após a relação desprotegida, mesmo que tenha sido a primeira relação; pós-parto e pós-aborto imediatos, na troca de outro método contraceptivo. Para certeza que não esteja grávida, deve-se prover outro método contraceptivo imediatamente antes da inserção do DIU.

Todos estes métodos devem ser utilizados em conjunto com os preservativos para evitar as infecções sexualmente transmissíveis.

Métodos cirúrgicos permanentes (vasectomia e laqueadura tubária)

São de uso excepcional na adolescência. Só estariam justificados em condições clínicas ou genéticas nas quais seja imperativo evitar a gravidez permanentemente. A lei do Planejamento Familiar nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996 restringe métodos cirúrgicos em menores de 25 anos com menos de dois filhos⁹.

Considerações finais

Os adolescentes estão suscetíveis aos mais diversos riscos de saúde, sendo a iniciação sexual precoce um deles. A prevenção

de danos à saúde deve incluir a promoção da saúde sexual e reprodutiva com orientações sobre práticas sexuais com responsabilidade e autonomia.

Todos os esforços merecem ser realizados no sentido de promover a contracepção adequada na adolescência e a informação sobre as infecções de transmissão sexual. Assim, o profissional também deve utilizar os benefícios da tecnologia. Atualmente, existem lembretes digitais que minimizam o esquecimento dos anticoncepcionais orais, e pode-se sugerir o uso de aplicativos, como os que auxiliam no controle do ciclo menstrual e do período fértil, aumentando a adesão da jovem.

O conceito de dupla proteção, porém, jamais deve ser esquecido, em virtude da grande incidência de IST/Aids. Portanto, os adolescentes devem ser lembrados de que, mesmo usando um método de alta eficácia, não pode dispensar o uso do preservativo, seja o masculino e/ou feminino.

De igual importância são os esforços para o funcionamento e os custos de serviços preventivos e dos métodos, para que não sejam fator limitador das opções, respeitando os critérios de elegibilidade médica. Outro aspecto fundamental será a orientação da avaliação ginecológica conjunta para a melhor escolha da anticoncepção e acompanhamento periódico.

A adesão ao uso do anticoncepcional está na dependência da conscientização da adolescente sobre os riscos da relação sem proteção.

Recomendações

- Todos os adolescentes têm direito de obter informações adequadas sobre o uso de contraceptivos e preservativos e a escolherem o método que lhes é mais adequado;
- A proteção contra IST é obtida pelo uso de preservativos, que também evitam gestação não planejada. Os demais métodos apenas evitam gravidez. Portanto, a orientação na adolescência, em todas as consultas, deve ser a **DUPLA PROTEÇÃO**;
- A anticoncepção de emergência **DEVE** ser usada somente após relação sexual desprotegida, como método exclusivo nas situações emergenciais, incluindo violência sexual e falha no uso de preservativos;
- Cabe aos parceiros sexuais a decisão e a responsabilidade sobre o uso dos contraceptivos e preservativos em todas as relações sexuais;
- O médico pediatra ou o especialista em Medicina do Adolescente deve ser consultado em caso de quaisquer dúvidas e riscos sobre o uso de contraceptivos e questões da vida sexual e reprodutiva de seus clientes;
- Além da recomendação sobre o uso de preservativo, o profissional deve orientar sobre as formas de acesso ao mesmo e como proceder em caso de acidentes, como ruptura.
- As adolescentes devem ser acompanhadas por ginecologista de modo periódico após a iniciação da vida sexual. Compete ao pediatra reforçar a importância do preventivo.

MATERIAL COMPLEMENTAR (Editado pelos autores)

CONTRACEPÇÃO HORMONAL - Métodos somente com Progestagênios

Nome comercial [®]	Progestagênio
Micronor, Norestin	0,35 mg N
Cerazette, Nactali	0,075 DG
Postinor 2 / Pozato/ Minipil post/ Pilem (Contracepção de emergência)	0,75 mg LN
Pozato Uni/ Neodia	1,5 mg LN

CONTRACEPTIVOS COMBINADOS ORAIS - Exemplos

Nome comercial [®]	Estrogênio	Progesterona
Mirelle; Minesse/ Siblisma/ Adoless, Minima, Alexa, Tantin	15 mcg EE	0,60 mg G
Femiane/ Harmonet/ Diminut/ Micropil/ Ginesse, Tamisa 20, Allestra 20	20 mcg EE	0,75 mg G
Gynera, Minulet, Tamisa 30, Micropil	30 mcg EE	0,75 mg G
Mercilon / Femina / Primera 20 / Minian / Malú / Kelly	20 mcg EE	0,15 mg DG
Microdiol/Primera 30; Desodiol	30 mcg EE	0,15 mg DG
Mercilonconti	20 mcg EE (21) + placebo (2) + 10 mcg EE (5)	0,15 mg DG
Gracial	EE 40 mcg	DG 0,025 (7) + DG 0,125 (15)
Level	20 mcg EE	0.10 LN
Microvlar / Nordette /Gestrelam/Ciclo 21	30 mcg EE	0,15 mg LN
Diane / Selene/ Ferane	35 mcg EE	2 mg Ac C
Yaz,lumi, Niki	20 mcg EE	3 mg Drospirenona
Yasmin, Elani ciclo; Liara, Molière, Dalyne	30 mcg EE	3 mg Drospirenona
Belara, Aixa	30 mcg EE	Clormadinona 2 mg
Stezza	1,5 mg E2	Ac Nomeg 2,5 mg
Qlaira ²	VE 3mg (2 cp) + VE 2mg + DNG 2mg (5cp) + VE 2 mg + DNG 3 mg (17 cp) + VE 1 mg (2 cp) + placebo (2 cp) – Caixa 28 comp	
Trinordioli / Levordioli	EE 30 mcg + LN 0,05mg (6 cp) + EE 40 mcg+ LN 0,075 mg (5cp) + EE 30 mcg + LN 0,125 mg (10 cp)	

CONTRACEPTIVOS NÃO ORAIS

Tipo	Estrogênio	Progesterona	Nome comercial®
Injetável mensal	VE 5 mg	EnNoretist 50 mg	Mesigyna/ Noregyna
	EnE 10 mg	AcAlg 150 mg	Perlutan / Preg-Less
	CipE 5 mg	AMP 25 mg	Cyclofemina/ Depomês
Injetável trimestral	—	AMP 150 mg	Depoprovera /Contracep
Implante	—	Etonogestrel 68 mg	Implanon
Transdérmico (adesivo)	EE 20 mcg/dia	Norelgestromina 6 mg	Evra
Anel Vaginal	EE 15 mcg	ENG 120 mcg	Nuvaring

Legendas

PROGESTERONAS	
Ac Alg	Acetofenido de Algestona
Ac Nomeg	Acetato de nomegestrol
AcC	Acetato de ciproterona
AMP	Acetato de medroxiprogesterona
DG	Desogestrel
DNG	Dienogeste
EnNoretist	Enantato de Noretisterona
ENG	Etonogestrel
EM	Etonorgestrel
G	Gestodene
LN	Levonorgestrel
N	Noretisterona

ESTROGÊNIOS	
CipE	Cipionato de Estradiol
E	Estradiol
EE	Etinilestradiol
EnE	Enatanto de Estradiol
VE	Valerato de estradiol

BIBLIOGRAFIA

1. Dhont M. History of oral contraception. *Eur J Contracep Reprod Health Care* 2010;15(sup2):S12-S18.
2. Berquó E, Cavenaghi S. Mapeamento sócio-econômico e demográfico dos regimes de fecundidade no Brasil e sua variação entre 1991 e 2000. *Anais* 2016:1-18.
3. Almeida T. Maternidade: quase metade das gravidezes não são planejadas. 2016. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1302-maternidade-quase-metade-das-gravidezes-nao-sao-planejadas?tmpl=component&print=1&layout=default&page> acesso em 20/05/2017.
4. Svanemyr J, et al. Preventing child marriages: first international day of the girl child "my life, my right, end child marriage". *Reprod Health*. 2012;9:31.
5. Lowes L, et al. The experience of living with type 1 diabetes and attending clinic from the perception of children, adolescents and carers: analysis of qualitative data from the DEPICED study. *J Pediatr Nurs*. 2015;30(1):54-62.
6. Committee on Adolescence - Contraception for Adolescents, 2014 – Disponível em <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/09/24/peds.2014-2299> acessado em junho de 2017.
7. Saito MI, et al. Aspectos éticos da contracepção na adolescência. *Rev Assoc Med Bras*. 2003;49(3):234.
8. Relatório da Conferência Mundial de População, Bucareste, 1995. Disponível em www.unfpa.org.br/Arquivos/relatorio-cairo.pdf acesso em junho de 2017.
9. FEBRASGO - Manual de Ginecologia Infante Juvenil. 2015. Disponível em www.febrasgo.org.br acesso em 20/05/2017.
10. Santos KF. Estudo da correlação entre iniciação sexual e satisfação com o peso corporal em adolescentes do sexo feminino: projeto complementar ao estudo de riscos cardiovasculares na adolescência (ERICA). 2017. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adolescente) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.
11. Borges AL, et al. ERICA: sexual initiation and contraception in Brazilian adolescents. *Rev Saude Publica*. 2016;50(Supl 1):15s.
12. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2012 disponível em www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/pense/2012/ acesso em maio de 2017.
13. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Coordenação de indicadores sociais, Brasil. Ministério da Saúde, Brasil. Ministério da Educação. PeNSE: 2015. Disponível em <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv97870.pdf> acesso em 20/05/2017.
14. Vasilenko AS, et al. Timing of first sexual intercourse and young adult health outcomes. *J Adol Health*. 2016;59(3):291-7.
15. Borges ALV, et al. Comportamento sexual de adolescentes - Suplemento ERICA. *Rev Saúde Pública* 2016;50(supl 1):15s.
16. Saito MI, et al. Adolescência: Prevenção e Risco. 3ª ed. Rio de Janeiro. Atheneu, 2015.
17. Saito MI, et al. Contracepção de emergência. In: Saito MI, Vitalle MSS, Landi CA, Hercowitz A (ed). *Adolescência e sexualidade: visão atual*. 1ed. São Paulo. Editora Atheneu, 2016.
18. World Health Organization, UNICEF, UNFPA and The World Bank. Trends in maternal mortality: 1990 to 2010. Disponível em <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/9789241503631/en/> acesso em maio de 2017.
19. Peipert QZ, et al. Adherence to dual method contraceptive use. *Contraception*. 2011;84(3): 252-258.
20. Soares LR, et al. Avaliação do comportamento sexual entre jovens e adolescentes de escolas públicas. *Adolesc Saude*. 2015;12(2):76-84.
21. Bitzer J, et al. Targeting factors for change: contraceptive counselling and care of female adolescents. *Eur J Contracep Repr Health Care*. 2016;21(6):417-430.
22. Vaz RF, et al. Tendências da gravidez na adolescência no Brasil, 2000-2011. *Rev. Assoc Med Bras*. [online]. 2016;62(4):330-335.
23. Ganchimeg T, et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. *BJOG* 2014;121(Suppl. 1):40-48.
24. Relatório do Fundo de População da ONU - UNFPA Brasil, 2016. Disponível em www.unfpa.org.br/.../1406-relatorio-do-fundo-de-populacao-da-onu-destaca-importa... acesso em maio de 2017.

25. Centers for Diseases Control and Prevention, 2016. Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/rr/rr6503a1.htm> Acesso em 10/07/2017.
26. Daynanda I, et al. Contraception in: Emans SJH, Laufer RL, Goldstein's pediatric and adolescent gynecology. 6th ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.
27. World Health Organization - WHO. Selected practice recommendations for contraceptive use. 2nd ed, Geneva, Switzerland, WHO Press 2004.
28. Centers for Disease Control and Prevention, MMWR, Morbidity and Mortality Weekly Report, US Selected Practice Recommendations for Contraceptive Use, 2016, CDC Recommendations and Reports, 2016;65(4).
29. Devineni D, et al. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of a transdermal contraceptive patch and an oral contraceptive. J Clin Pharmacol. 2007;47:497-509.
30. Biason TP, et al. Low-dose combined oral contraceptive use is associated with lower bone mineral content variation in adolescents over a 1-year period. BMC Endoc Dis. 2017;15(1):15.
31. Bisi Rizzo AC. Comparação entre a densidade mineral óssea e marcadores ósseos de formação de adolescentes usuárias de duas formulações de anticoncepcionais hormonais orais de baixa dosagem. Tese, Faculdade de Medicina de Botucatu. Universidade Estadual Paulista. 2017.



Diretoria

Triênio 2016/2018

PRESIDENTE:
Luciana Rodrigues Silva (BA)

1º VICE-PRESIDENTE:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

2º VICE-PRESIDENTE:
Edson Ferreira Liberal (RJ)

SECRETÁRIO GERAL:
Sidnei Ferreira (RJ)

1º SECRETÁRIO:
Cláudio Hoinhoff (RJ)

2º SECRETÁRIO:
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)

3º SECRETÁRIO:
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

DIRETORIA FINANCEIRA:
Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

2ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)

3ª DIRETORIA FINANCEIRA:
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)

DIRETORIA DE INTEGRAÇÃO REGIONAL:
Fernando Antônio Castro Barreiro (BA)

Membros:
Hans Walter Ferreira Greve (BA)
Eveline Campos Monteiro de Castro (CE)
Alberto Jorge Félix Costa (MS)
Analiária Moraes Pimentel (PE)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Adelma Alves de Figueiredo (RR)

COORDENADORES REGIONAIS:

Norte:
Bruno Acatauassu Paes Barreto (PA)

Nordeste:
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

Sudeste:
Luciano Amedée Péret Filho (MG)

Sul:
Darci Vieira Silva Bonetto (PR)

Centro-oeste:
Regina Maria Santos Marques (GO)

ASSESSORES DA PRESIDÊNCIA:
Assessoria para Assuntos Parlamentares:
Marun David Cury (SP)

Assessoria de Relações Institucionais:
Clóvis Francisco Constantino (SP)

Assessoria de Políticas Públicas:
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
Rubens Feferbaum (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Sérgio Tadeu Martins Marba (SP)

Assessoria de Políticas Públicas – Crianças e Adolescentes com Deficiência:
Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)
Eduardo Jorge Custódio da Silva (RJ)

Assessoria de Acompanhamento da Licença Maternidade e Paternidade:
João Coriolano Rego Barros (SP)
Alexandre Lopes Miralha (AM)
Ana Luiza Velloso da Paz Matos (BA)

Assessoria para Campanhas:
Conceição Aparecida de Mattos Segre (SP)

GRUPOS DE TRABALHO:
Drogas e Violência na Adolescência:
Evelyn Eisenstein (RJ)

Doenças Raras:
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Atividade Física
Coordenadores:
Ricardo do Rêgo Barros (RJ)
Luciana Rodrigues Silva (BA)

Membros:
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Patrícia Guedes de Souza (BA)

Profissionais de Educação Física:
Teresa Maria Bianchini de Quadros (BA)
Alex Pinheiro Gordia (BA)
Isabel Guimarães (BA)
Jorge Mota (Portugal)
Mauro Virgílio Gomes de Barros (PE)

Colaborador:
Dirceu Solé (SP)

Metodologia Científica:
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)
Cláudio Leone (SP)

Pediatria e Humanidade:
Álvaro Jorge Madeiro Leite (CE)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Christian Muller (DF)
João de Melo Régis Filho (PE)

Transplante em Pediatria:
Themis Reverbel da Silveira (RS)
Irene Kazue Miura (SP)

Carmen Lúcia Bonnet (PR)
Adriana Seber (SP)
Paulo Cesar Koch Nogueira (SP)
Fabiana Carlese (SP)

DIRETORIA E COORDENAÇÕES:
DIRETORIA DE QUALIFICAÇÃO E CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
Maria Marluce dos Santos Vilela (SP)

COORDENAÇÃO DO CEXTEP:
Hélcio Villaga Simões (RJ)

COORDENAÇÃO DE ÁREA DE ATUAÇÃO
Mauro Batista de Moraes (SP)

COORDENAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO PROFISSIONAL
José Hugo de Lins Pessoa (SP)

DIRETORIA DE RELAÇÕES INTERNACIONAIS
Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

REPRESENTANTE NO GPEC (Global Pediatric Education Consortium)
Ricardo do Rego Barros (RJ)

REPRESENTANTE NA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

REPRESENTANTE NA AMÉRICA LATINA
Francisco José Penna (MG)

DIRETORIA DE DEFESA PROFISSIONAL, BENEFÍCIOS E PREVIDÊNCIA
Marun David Cury (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DE DEFESA PROFISSIONAL
Sidnei Ferreira (RJ)
Cláudio Barsanti (SP)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Cláudio Orestes Brito Filho (PB)
Mário Roberto Hirschheimer (SP)
João Cândido de Souza Borges (CE)

COORDENAÇÃO VIGILASUS
Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
Fábio Eliseo Fernandes Álvares Leite (SP)
Jussara Melo de Cerqueira Maia (RN)
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Célia Maria Stolze Silvano ((BA)
Kátia Galeão Brandt (PE)
Elizete Aparecida Lomazi (SP)
Maria Albertina Santiago Rego (MG)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Jocileide Sales Campos (CE)

COORDENAÇÃO DE SAÚDE SUPLEMENTAR
Maria Nazareth Ramos Silva (RJ)
Corina Maria Nina Viana Batista (AM)
Álvaro Machado Neto (AL)
Joana Angélica Paiva Maciel (CE)
Cecim El Achkar (SC)
Maria Helena Simões Freitas e Silva (MA)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE GESTÃO DE CONSULTÓRIO
Normeide Pedreira dos Santos (BA)

DIRETORIA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS E COORDENAÇÃO DE DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Dirceu Solé (SP)

DIRETORIA-ADJUNTA DOS DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

DIRETORIA DE CURSOS, EVENTOS E PROMOÇÕES
Liliane dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

COORDENAÇÃO DE CONGRESSOS E SIMPÓSIOS
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)
Paulo César Guimarães (RJ)
Cléa Rodrigues Leone (SP)

COORDENAÇÃO GERAL DOS PROGRAMAS DE ATUALIZAÇÃO
Ricardo Queiroz Gurgel (SE)

COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE REANIMAÇÃO NEONATAL:
Maria Fernanda Branco de Almeida (SP)
Ruth Guinsburg (SP)

COORDENAÇÃO PALS – REANIMAÇÃO PEDIÁTRICA
Alexandre Rodrigues Ferreira (MG)
Kátia Laureano dos Santos (PB)

COORDENAÇÃO BLS – SUPORTE BÁSICO DE VIDA
Valéria Maria Bezerra Silva (PE)

COORDENAÇÃO DO CURSO DE APRIMORAMENTO EM NUTROLOGIA PEDIÁTRICA (CANP)
Virginia Resende S. Weffort (MG)

PEDIATRIA PARA FAMÍLIAS
Victor Horácio da Costa Júnior (PR)

PORTAL SBP
Flávio Diniz Capanema (MG)

COORDENAÇÃO DO CENTRO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA
José Maria Lopes (RJ)

PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CONTINUADA À DISTÂNCIA
Altacilio Aparecido Nunes (SP)
João Joaquim Freitas do Amaral (CE)

DOCUMENTOS CIENTÍFICOS
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dirceu Solé (SP)
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho (PE)
Joel Alves Lamounier (MG)

DIRETORIA DE PUBLICAÇÕES
Fábio Ancona Lopez (SP)

EDITORES DA REVISTA SBP CIÊNCIA
Joel Alves Lamounier (MG)

Altacilio Aparecido Nunes (SP)
Paulo Cesar Pinho Pinheiro (MG)
Flávio Diniz Capanema (MG)

EDITOR DO JORNAL DE PEDIATRIA
Renato Procianny (RS)

EDITOR REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Clémax Couto Sant'Anna (RJ)

EDITOR ADJUNTO REVISTA RESIDÊNCIA PEDIÁTRICA
Marilene Augusta Rocha Crispino Santos (RJ)

CONSELHO EDITORIAL EXECUTIVO
Gil Simões Batista (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Sandra Mara Amaral (RJ)
Bianca Carareto Alves Verardino (RJ)
Maria de Fátima B. Pombo March (RJ)
Silvio Rocha Carvalho (RJ)
Rafaela Baroni Aurilio (RJ)

COORDENAÇÃO DO PRONAP
Carlos Alberto Nogueira-de-Almeida (SP)
Fernanda Luisa Ceragioli Oliveira (SP)

COORDENAÇÃO DO TRATADO DE PEDIATRIA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Fábio Ancona Lopez (SP)

DIRETORIA DE ENSINO E PESQUISA
Joel Alves Lamounier (MG)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA
Cláudio Leone (SP)

COORDENAÇÃO DE PESQUISA-ADJUNTA
Gisélia Alves Pontes da Silva (PE)

COORDENAÇÃO DE GRADUAÇÃO
Rosana Fiorini Puccini (SP)

COORDENAÇÃO ADJUNTA DE GRADUAÇÃO
Rosana Alves (ES)
Suzy Santana Cavalcante (BA)
Angélica Maria Bicudo-Zeferino (SP)
Sílvia Wanick Sarinho (PE)

COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Eduardo Jorge da Fonseca Lima (PE)
Fátima Maria Lindoso da Silva Lima (GO)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Jefferson Pedro Piva (RS)

COORDENAÇÃO DE RESIDÊNCIA E ESTÁGIOS EM PEDIATRIA
Paulo de Jesus Hartmann Nader (RS)
Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
Victor Horácio da Costa Junior (PR)
Clóvis Francisco Constantino (SP)
Silvio da Rocha Carvalho (RJ)
Tânia Denise Resener (RS)
Delia Maria de Moura Lima Herrmann (AL)
Helita Regina F. Cardoso de Azevedo (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)
Sérgio Luis Amantéa (RS)
Gil Simões Batista (RJ)
Susana Maciel Wuillaume (RJ)
Aurimery Gomes Chermont (PA)

COORDENAÇÃO DE DOUTRINA PEDIÁTRICA
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Hélcio Maranhão (RN)

COORDENAÇÃO DAS LIGAS DOS ESTUDANTES
Edson Ferreira Liberal (RJ)
Luciano Abreu de Miranda Pinto (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA NACIONAL
Susana Maciel Wuillaume (RJ)

COORDENAÇÃO DE INTERCÂMBIO EM RESIDÊNCIA INTERNACIONAL
Herberto José Chong Neto (PR)

DIRETOR DE PATRIMÔNIO
Cláudio Barsanti (SP)

COMISSÃO DE SINDICÂNCIA
Gilberto Pascolat (PR)
Anibal Augusto Gaudêncio de Melo (PE)
Isabel Rey Madeira (RJ)
Joaquim João Caetano Menezes (SP)
Valmin Ramos da Silva (ES)
Paulo Tadeu Falanghe (SP)
Tânia Denise Resener (RS)
João Coriolano Rego Barros (SP)
Maria Sidneuma de Melo Ventura (CE)
Marisa Lopes Miranda (SP)

CONSELHO FISCAL
Titulares:
Núbia Mendonça (SE)
Nelson Grisard (SC)
Antônio Márcio Junqueira Lisboa (DF)

Suplentes:
Adelma Alves de Figueiredo (RR)
João de Melo Régis Filho (PE)
Darci Vieira da Silva Bonetto (PR)

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA
Presidente:
José Martins Filho (SP)

Vice-presidente:
Álvaro de Lima Machado (ES)

Secretário Geral:
Reinaldo de Menezes Martins (RJ)