



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

2011/2012

Ivete Carina Domingues Afonso

Aconselhamento contraceptivo na adolescência

março, 2012

FMUP



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DO PORTO

Ivete Carina Domingues Afonso

Aconselhamento contraceutivo na adolescência

Mestrado Integrado em Medicina

Área: Medicina Comunitária

**Trabalho efetuado sob a Orientação de:
Doutora Maria da Graça Vasques Amorim da Costa Veiga**

**Trabalho organizado de acordo com as normas da revista:
Arquivos de Medicina**

março, 2012

FMUP

Eu, Ivete Carina Domingues Afonso, abaixo assinado, nº mecanográfico 050801207, estudante do 6º ano do Mestrado Integrado em Medicina, na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, declaro ter atuado com absoluta integridade na elaboração deste projeto de opção.

Neste sentido, confirmo que **NÃO** incorri em plágio (ato pelo qual um indivíduo, mesmo por omissão, assume a autoria de um determinado trabalho intelectual, ou partes dele). Mais, declaro que todas as frases que retirei de trabalhos anteriores, pertencentes a outros autores, foram referenciadas ou redigidas com novas palavras, tendo colocado, neste caso, a citação da fonte bibliográfica.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ___/___/_____

Assinatura: _____

Nome: Ivete Carina Domingues Afonso

Endereço eletrónico: med05207@med.up.pt **Telefone ou Telemóvel:** 220426600

Número do Bilhete de Identidade: _____

Título da Monografia: Aconselhamento contraceutivo na adolescência

Orientador:

Doutora Maria da Graça Vasques Amorim da Costa Veiga

Ano de conclusão: 2012

Designação da área do projeto:

Medicina Comunitária

É autorizada a reprodução integral desta Monografia para efeitos de investigação e de divulgação pedagógica, em programas e projetos coordenados pela FMUP.

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, ___/___/_____

Assinatura: _____

ACONSELHAMENTO CONTRACETIVO NA ADOLESCÊNCIA
CONTRACEPTIVE COUNSELING IN ADOLESCENTS

Ivete Carina Domingues Afonso

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Contacto:

Ivete Carina Domingues Afonso

Faculdade de Medicina da Universidade do Porto – Departamento de Clínica Geral

Al. Prof. Hernâni Monteiro 4200 – 319 Porto

Telefone: 220426600

med05207@med.up.pt

Agradecimentos:

À Dr.^a Graça Veiga, especialista de Medicina Geral e Familiar, pela orientação dada na realização deste trabalho.

Contagem de palavras:

Resumo – 203

Abstract – 196

Texto – 4890

RESUMO

A adolescência é a fase da vida onde se inicia a maioria das relações sexuais. O início precoce da atividade sexual está relacionado com a alta taxa de gravidez observada nesta faixa etária, sendo a maioria indesejada, pelo que o acesso a uma variedade de opções contraceptivas é fundamental. Este trabalho de revisão tem como objetivo abordar os diferentes contraceptivos indicados para uso na adolescência, compará-los entre si, avaliar as principais preocupações mencionadas pelos adolescentes, os efeitos laterais comuns, as vantagens e desvantagens da sua utilização nesta faixa etária e padrões de vigilância relativos a cada método.

Os métodos mais utilizados pelos adolescentes são o preservativo masculino e os contraceptivos orais combinados. Estes métodos estão sujeitos a altas taxas de falha pois é larga a discrepância entre o uso perfeito e o uso típico, o que propicia a ocorrência de gravidez.

Os métodos que não exigem adesão diária, são uma alternativa eficaz para diminuir o número de gravidezes, no entanto, o seu uso na adolescência permanece baixo.

A presença de ideias pré-concebidas, os tabus e o medo dos possíveis efeitos laterais tornam o uso dos contraceptivos inconsistente e reduzido, pelo que o aconselhamento para quem inicia a contraceção pela primeira vez é essencial.

Palavras-chave: Contraceção, Adolescente, Aconselhamento

ABSTRACT

Adolescence is the time of life when most sexual intercourse begins. The early onset of sexual activity is related to the high pregnancy rate in this age group, and most of them are unwanted, therefore the access to a variety of contraceptive methods is fundamental. This revision has the objective to look into the different contraceptive methods suitable for adolescence, compare them with each other, evaluate the main concerns that adolescents state, the common side effects, advantages and disadvantages of its use in this age group and the follow-up required for each method.

The contraceptive methods that are more frequently used by adolescents are the male condom and combined oral contraceptives. However, these methods are associated with an inconsistent use and there is a big gap between its perfect use and its typical use, which favors the occurrence of pregnancy.

The methods that do not require a daily intake are an effective alternative to reduce the number of pregnancies, though its use in adolescence remains low.

The presence of pre-conceived ideas, taboos and the fear of possible side effects make the use of contraceptives inconsistent and reduced, therefore counseling for those who initiate contraception is essential.

Keywords: Contraception; Adolescent; Counseling

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	5
INTRODUÇÃO	6
MÉTODOS	7
RESULTADOS	8
1. Métodos de barreira	8
1.1. Mecânicos	8
1.1.1. Preservativos (masculino e feminino).....	8
1.2. Químicos.....	9
1.2.1. Espermicidas	9
2. Métodos naturais	9
3. Contraceção hormonal combinada.....	10
3.1.1. Contraceptivo oral combinado.....	10
3.1.2. Adesivo	12
3.1.3. Anel vaginal	13
4. Contraceção progestativa.....	14
4.1. Contraceptivo progestativo oral.....	14
4.2. Contraceptivo progestativo injetável	15
4.3. Contraceptivo progestativo subcutâneo	16
5. Dispositivo intrauterino	17
6. Contraceção de emergência	19
7. Esterilização	20
DISCUSSÃO	21
REFERÊNCIAS	22
ANEXOS	28

Normas de publicação dos Arquivos de Medicina

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

COC – Contraceptivo Oral Combinado

CP – Contraceptivo Progestativo

DIU – Dispositivo Intrauterino

DIU-Cu – Dispositivo Intrauterino com Cobre

SIU-LNG – Sistema Intrauterino com Levonorgestrel

INTRODUÇÃO

A adolescência é a fase de transição entre a infância e a idade adulta (1) e inclui os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos. (2)

É durante esta fase que se inicia a maioria das relações sexuais. (1) Um estudo realizado na Europa e no Canadá revelou que 20% das raparigas e 28% dos rapazes com 15 anos tinham tido relações sexuais. (1) A idade precoce na primeira relação sexual está significativamente associada à ocorrência de gravidez (3), sendo esta um dos resultados mais preocupantes da atividade sexual na adolescência. (4) O impacto da gravidez na mãe adolescente e na criança geralmente resulta em dificuldades económicas, educacionais, sociais e/ou psicológicas. (5)

Em adolescentes dos 15 aos 19 anos, 82% das gravidezes não são desejadas. (6) A alta taxa de gravidezes não desejadas persiste apesar da maioria das mulheres em risco usar contraceção. (7)

Em Portugal, no ano de 2010, há registo de 4052 nados-vivos de mães adolescentes. Apesar de elevado, este número tem vindo a diminuir nas últimas décadas. (8) O uso de contraceção desempenha um papel primário na diminuição das taxas de gravidez na adolescência, com a larga proporção da diminuição atribuída ao uso de contraceptivos em relação à abstinência. (9, 10) Melhorar o acesso aos contraceptivos e o uso destes pelos adolescentes é uma forma de reduzir as consequências de uma gravidez não planeada. (1) Desta forma, o aconselhamento contraceptivo é crucial, especialmente para aqueles que iniciam a contraceção pela primeira vez. (11) Este aconselhamento é integrado nas consultas de planeamento familiar, as quais são isentas de taxas moderadoras. Durante estas consultas deve ser facultada informação completa e fundamentada cientificamente sobre todos os métodos contraceptivos. (11)

Este trabalho tem como objetivo abordar os diferentes contraceptivos indicados para uso na adolescência, compará-los entre si, avaliar as principais preocupações mencionadas pelos adolescentes, efeitos laterais comuns, vantagens e desvantagens da sua utilização nesta faixa etária e padrões de vigilância relativos a cada método.

MÉTODOS

No dia 21 de outubro de 2011 foi realizada uma pesquisa na Medline com a seguinte query: ("contraceptive counseling"[All Fields] OR ("contraception"[MeSH Terms] OR "contraception"[All Fields]) OR "contraceptive behavior"[All Fields]) AND ("adolescent"[MeSH Terms] OR "adolescent"[All Fields]) AND ("humans"[MeSH Terms] AND (English[lang] OR French[lang] OR Spanish[lang] OR Portuguese[lang])) AND "2006/10/23"[PDat] : "2011/10/21"[PDat]). Obteve-se um total de 1594 artigos. Foram incluídos trabalhos realizados em adolescentes com referência a pelo menos um método contraceptivo e estudos de revisão sobre contraceptivos. Foram excluídas cartas, comentários, notícias, editoriais, trabalhos de enfermagem, artigos sobre contraceção em doenças específicas, estudos de comparação entre doses de contraceptivos e todos aqueles cujo texto não foi possível obter na íntegra. Com base na leitura dos títulos e resumos foram selecionados 75 trabalhos, sendo excluídos 19 após a leitura integral de todos artigos escolhidos por não conterem informação relevante. Foram também incluídos três artigos referenciados nos trabalhos selecionados. Foram ainda consultados os sites do Instituto Nacional de Estatística, Direcção Geral de Saúde, Organização Mundial de Saúde, Sociedade Portuguesa da Contracepção e Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.

RESULTADOS

1. Métodos de barreira

1.1. Mecânicos

1.1.1. Preservativos (masculino e feminino)

Atualmente os preservativos são a única forma de proteção efetiva dupla, contra a gravidez não desejada e o desenvolvimento de doenças sexualmente transmissíveis. (12)

O preservativo masculino é o contraceptivo mais comumente usado. (13-15)

Contrariamente a crenças prevalentes, têm baixa taxa de ruptura e a taxa de deslizamento é estimada em 1,6-3,6% dos atos sexuais. (3)

Para o preservativo masculino, a percentagem de mulheres que engravidam ao fim de um ano de utilização do método é de 2% com o uso perfeito e 15% com o uso típico. (3, 16)

Apesar de serem um método ideal para os adolescentes, os quais são propensos a terem relacionamentos curtos e monogâmicos em série, é pouco provável que o seu uso seja consistente nesta faixa etária. (3) A inconsistência do uso contribui para aumentar a taxa de falha. (16)

Podem ser adquiridos gratuitamente (1) e não necessitam de supervisão clínica (11), no entanto, para o adolescente, vários fatores podem superar os seus benefícios. As principais barreiras ao uso de preservativos (assim como de outros métodos de barreira) são a interrupção da espontaneidade da relação sexual, a redução do prazer e da intimidade sexual e a dificuldade em usá-los de forma adequada. (1)

Os adolescentes tendem a usar métodos contraceptivos que consigam obter com facilidade e o mínimo de vergonha. Em relação aos rapazes, fatores como a necessidade de terem de se deslocar até um serviço de saúde para pedir preservativos contribui para o seu menor uso. (1)

As características das relações amorosas estão significativamente associadas à consistência do uso de preservativos. (17) Num estudo com adolescentes do sexo masculino entre os 15 e os 19 anos verificou-se que o menor uso de preservativos estava associado a relações amorosas mais longas, parceiros sexuais mais velhos, relações sexuais casuais ou frequentes e existência de um parceiro que usa alguma forma de contraceção. (18) Por outro lado, tanto as relações com predomínio de dinâmica negativa (conflito, controlo, desconfiança, ciúmes, sensação de inferioridade) como aquelas em que

predomina a dinâmica positiva (amor, saliência, satisfação pessoal) estão associados ao uso inconsistente de preservativos. (17)

Querer dar prazer sexual ao parceiro e evitar a vergonha e o conflito conjugal são as principais razões que as mulheres apresentam para não usarem preservativos com o seu parceiro. (1)

O preservativo feminino não tem muita popularidade entre a população adolescente (14) existindo ainda uma compreensão insuficiente deste método. (19) Preocupações comuns incluem a dificuldade de inserção, custo mais elevado em relação ao masculino, aversão ao aspeto (20) e à necessidade de introdução dos dedos na vagina para a colocação do preservativo. (19)

As taxas de falha são superiores às do preservativo masculino (5% com o uso perfeito e 21% com o uso típico). (16)

Para os adolescentes que reportam uso de preservativo durante a relação sexual é importante relembrar que os preservativos masculino e feminino não devem ser usados simultaneamente (16, 19, 20) pelo risco de aderência. (16)

1.2. Químicos

1.2.1. Espermicidas

O agente mais frequentemente utilizado é o nonoxinol-9. (16, 20, 21)

Apresentam várias vantagens já que não necessitam de supervisão clínica (16), não são teratogénicos, o seu uso pode ser intermitente, podem melhorar a eficácia dos preservativos e aumentar a lubrificação. (16, 21) No entanto, são previstas taxas de falha de 6 a 26% durante o primeiro ano de utilização. (16) Não devem, por isso, ser usados como método isolado, mas como coadjuvantes de outros métodos contraceptivos. (16, 20)

2. Métodos Naturais

São também conhecidos como métodos de abstinência periódica e compreendem os métodos do calendário, da temperatura basal, do muco cervical, sintotérmico, do dia standard, amenorreia lactacional e coito interrompido. (16) Este último método não deve ser considerado raro na adolescência, podendo a sua prática atingir os 25% em adolescentes com idades compreendidas entre

os 14 e os 17 anos. (22) As taxas de falha podem variar entre 4 e 19% durante o primeiro ano de utilização. (16) O coito interrompido é mais provavelmente usado quando associado a um repertório sexual mais diverso, maior número de parceiros sexuais nos últimos três meses, maior controle sexual, menor percepção dos riscos de doenças sexualmente transmissíveis, maior negação dos preservativos, vivência com o namorado e menor apoio familiar na saúde sexual. (22)

Estes métodos não são recomendados para esta faixa etária. Têm baixa eficácia, agravada, na adolescência, pelas irregularidades do ciclo. (16)

3. Contraceção hormonal combinada

3.1. Contraceptivo oral combinado (COC)

Os COC são a forma de contraceção reversível mais usada no mundo inteiro (23, 24) e, entre as adolescentes, constituem o método mais popular. (14, 20, 25)

É recomendado que os métodos hormonais não sejam iniciados antes da menarca. (1) Após a sua introdução, recomenda-se uma consulta ao terceiro mês de uso para vigilância, sendo o seguimento posterior anual, ou de acordo com as características da utilizadora, fatores de risco associados ou quando surgirem complicações. (11) Os contraceptivos orais podem ser entregues a cada utente, no âmbito das consultas de planeamento familiar, devendo ser fornecidos, no mínimo seis blisters de contraceptivos, ficando o ato registado no boletim de saúde reprodutiva/planeamento familiar. (11)

A grande variedade de doses de estrogénios e progestativos existentes atualmente dificulta a escolha da melhor pílula. (14) No entanto, os benefícios contraceptivos e não contraceptivos são praticamente os mesmos e a escolha deve ser baseada consoante o perfil de efeitos laterais e a preferência da adolescente (14). Nesta idade, os fatores mais importantes na escolha são a segurança, a conveniência do uso, a privacidade e a eficácia. (14)

Os COC são extremamente eficazes na prevenção da gravidez. (25) Vantagens não contraceptivas na adolescência incluem a diminuição da menorragia, alívio da dismenorreia, regulação da menstruação e supressão de quistos funcionais do ovário. (20, 23) O uso que exceda três anos proporciona proteção significativa contra o cancro endometrial e do ovário. (20)

Apesar do uso prevalente, as taxas de descontinuidade são elevadas, principalmente entre as adolescentes, sendo a preocupação com os possíveis efeitos laterais a principal razão apontada. (23) O uso inconsistente também predomina nesta faixa etária. Em média, as adolescentes esquecem-se de três comprimidos por ciclo e cerca de 20 a 30% esquecem-se de um comprimido por mês. (26) A descontinuidade prematura e a inconsistência do uso conduzem a muitas gravidezes indesejadas, pois estas adolescentes continuam em risco de engravidar mas não usam outro método de contraceção altamente eficaz. (23, 26)

Há discrepâncias evidentes entre a percepção por parte dos adolescentes do aumento de peso, acne, hirsutismo, depressão, cancro da mama e risco de infertilidade futura e a evidência científica disponível. Especial atenção deve ser dada ao aumento de peso, pois a imagem corporal assume um papel preponderante nesta faixa etária. Num estudo que envolveu 254 adolescentes entre os 14 e os 20 anos verificou-se que cerca de 60% acreditava que o COC contribuía para o aumento do peso por aumentar o apetite, 1/3 associava o COC ao aumento da acne e do hirsutismo e cerca de 50% acreditava que o COC tinha um impacto negativo no humor. (27) Noutro estudo com 76 adolescentes com idades iguais ou inferiores a 19 anos, concluiu-se não haver diferenças nos efeitos laterais e sintomas depressivos relatados entre o grupo que tomou um placebo e o grupo que tomou COC. (23) Mary A. et al verificaram que em adolescentes dos 14 aos 17 anos o uso de COC estava associado a menor variabilidade semanal no humor negativo. (28) Noutro estudo verificou-se diminuição da menorragia e da depressão pré-menstrual. (29) Para além disso, não há associação entre o uso de COC e o interesse sexual. (28)

Os COC têm uma taxa de falha de 0,1% quando usados de forma perfeita. No entanto as taxas de falha variam entre os 5 e os 8% com o uso típico e, na adolescência, pode mesmo atingir os 15 a 26% por não adesão. (20) A dificuldade do uso perfeito prende-se com o esquecimento da toma, as tentativas de esconder dos pais, a inconsistência das relações sexuais, entre outras razões. (20)

A prática convencional de iniciação dos COC envolve a espera pelo período menstrual seguinte. Muitas mulheres jovens que pretendam começar, podem ficar grávidas enquanto esperam. Além disso as adolescentes podem ficar confusas em relação às instruções de iniciação e/ou podem perder a motivação para iniciar a contraceção. (25) Para ultrapassar esta barreira foi desenvolvido um

novo método de iniciação da contraceção: o Quick Start. Com este método, as mulheres candidatas iniciam o primeiro comprimido no gabinete do médico, independentemente do dia no ciclo e após um teste de gravidez negativo. No entanto, em adolescentes dos 12 aos 17 anos verificou-se apenas um breve impacto na continuação do uso do COC em relação ao método normal de iniciação. Apenas 26% das adolescentes mantinham o contracetivo após seis meses, não havendo diferenças na hemorragia relatada entre ambos os métodos. (25)

3.2. Adesivo

Liberta 150µg de norelgestromina e 20µg de etinilestradiol diariamente, numa dose constante. (21, 30) É usado aplicando-se um adesivo semanalmente, durante três semanas consecutivas, seguindo-se uma semana sem adesivo. (29, 31, 32) Tem uma taxa de falha de 0,3% com uso perfeito e 8 a 9% com o uso típico. (21)

Para as adolescentes, as principais vantagens do adesivo são a facilidade do uso e o não requerimento de administração diária. (21) Nesta idade, o uso perfeito do adesivo é mais comum que o uso perfeito do COC (29), com taxas de uso perfeito de 66 a 76%. (31) A satisfação após o uso é alta. (31) No entanto, os problemas de visibilidade do contracetivo (29, 30) e a possibilidade de perceção por parte dos pais e do namorado são preocupações comuns, constituindo uma barreira ao seu uso. (30) A analogia à forma de administração dos pensos transdérmicos de nicotina é também relatada pelas adolescentes, o que contribui para a falta de confiança em relação a este método. (30)

O destacamento é comum. (3, 29, 31) Efeitos laterais incluem as reações na pele (21), hemorragias irregulares temporárias, desconforto mamário, alterações no peso e náuseas. No entanto, quando o uso de adesivo e o uso do COC foi comparado em adolescentes e mulheres jovens adultas não se verificaram diferenças significativas no aumento ou perda de peso, tensão mamária, dores de cabeça, dismenorreia, alteração da libido, náuseas, vômitos, alterações do humor, irritação, fadiga, choro, acne ou perda de cabelo. (29)

Qualquer mulher sem contraindicações, que tem dificuldade em lembrar-se de tomar a pílula diariamente, com horários erráticos, pode ser candidata ao uso do adesivo. (21)

3.3. Anel vaginal

É um dispositivo que liberta 120µg de etonorgestrel e 15µg de etinilestradiol cada dia. (21, 33) É colocado na vagina, aí permanecendo durante três semanas, seguindo-se uma semana de intervalo. (16, 21, 33, 34) Um novo anel deve ser colocado após quatro semanas do ciclo completas. (21)

O risco de engravidar durante o primeiro ano de uso é de 0,3% com o uso perfeito e de 8 a 9% com o uso típico. (21)

O anel é uma escolha apropriada para as adolescentes (35, 36), no entanto, é pouco usado nesta faixa etária. (30, 37) Num estudo, apenas 0,5% das raparigas de 16 anos e 2,4% com 18 anos tinham usado o anel. (37) Em raparigas dos 15 aos 26 anos o uso chega a atingir os 6%. (30)

O anel oferece uma dose hormonal constante e distribui uma dose menor de estrogénios em relação ao COC ou adesivo. (33)

Em relação à eficácia é irrelevante o sítio da vagina onde o anel é colocado pois todo o epitélio vaginal tem capacidade de absorção, não sendo necessárias instruções apropriadas ou especiais para a sua colocação. (33) Não requer iniciativa diária por parte da adolescente, eliminando a possibilidade de esquecimento da toma. (33, 35) A eficácia é equivalente à do COC, obtém-se um bom controlo do ciclo e uma baixa incidência de efeitos adversos. (3, 35) Para além disso, aumenta os Lactobacillus, que são um importante componente da flora vaginal natural. (21, 35)

Os efeitos laterais são semelhantes aos dos COC. (3, 21) Efeitos específicos do método incluem vaginite, aumento da descarga vaginal (5%), dificuldade de remoção ou inserção e possibilidade de deslizamento ou expulsão principalmente com a defecação. (3)

Os principais desincentivos ao uso são a possibilidade de o anel ser sentido pelo parceiro durante a atividade sexual, a necessidade de colocação dos dedos na vagina e o custo. (3, 30, 35)

As candidatas apropriadas incluem mulheres que podem usar o COC mas que têm dificuldade em lembrar-se de o tomar diariamente, mulheres que viajam frequentemente, ou que não têm um horário diário constante. (21)

Estudos sobre o conhecimento dos adolescentes em relação ao anel indicam que poucos têm ouvido falar deste contraceptivo mas, quando é fornecida informação detalhada e são feitas

demonstrações de uso com um modelo pélvico, uma proporção substancial de adolescentes e mulheres jovens demonstra interesse em usar este método. (35)

Os medos relativos à possibilidade de perda ou migração do anel vaginal são comuns, demonstrando falta de conhecimento da anatomia humana, o que constitui uma barreira ao uso de um método que requer inserção dentro da vagina. (30, 34)

As preocupações com o custo são negativamente associadas aos anéis vaginais, com 50% de redução da escolha do anel quando o preço é conhecido. (38) Se as adolescentes não tiverem em conta o preço do contraceptivo, observa-se aproximadamente a mesma percentagem de mulheres que escolhe o anel (11%) e o COC (12%). (38)

Estudos demonstraram associação entre o uso de tampões vaginais e a aceitação do anel. (35, 38) As mulheres que usam tampões estão mais propensas a escolherem anéis vaginais em vez de COC (54 vs 46%). (38)

Felicia et al compararam a aceitação do anel em relação à aceitação do COC em adolescentes que usaram os dois métodos. Concluiu-se que a aprovação e a aceitação eram mais altas após o uso do anel vaginal, como observado pelo gosto em usar o método (65% vs 48%), o bem-estar durante o uso (67% vs 49%) e na recomendação a um amigo (70% vs 55%). (36) Para além disso, o agravamento do peso, cefaleias, e alterações do humor são mais vezes reportados a seguir ao uso do COC. (36)

4. Contraceção progestativa

4.1. Contraceptivo progestativo (CP) oral

Em Portugal, é usado o desogestrel, na dose de 75µg. É adequado para as adolescentes a amamentar e se houver contra-indicação ou intolerância aos estrogénios. (16) As taxas de falha e o padrão de vigilância são similares aos dos COC. (11)

Verifica-se maior hemorragia de privação com este método do que com os COC. (21)

4.2. CP injetável

O CP injetável disponível no mercado em Portugal é o acetato de medroxiprogesterona (DMPA) na dose de 150mg, administrado por via intramuscular de 12 em 12 semanas. (16)

É altamente eficaz na prevenção da gravidez. (20) No primeiro ano de uso, a probabilidade de engravidar é de 0,3% com o uso perfeito (16, 20) e de 3% com o uso típico. (16) É uma opção contraceptiva de longa duração e de baixo custo. (16)

Apresenta como vantagens a ausência de efeitos estrogénicos, a redução do fluxo menstrual, prevenindo a anemia por deficiência de ferro, a redução da dismenorreia e dos sintomas pré menstruais, (3) e a proteção do cancro do endométrio. (20) É útil para fumadoras independentemente da idade, para mulheres com perturbações neuro-sensoriais (trata-se de um método não dependente da utilizadora) (16), para mulheres que amamentam (3, 14) e para contraceção após o parto. (39) Thurman et al concluíram que as adolescentes que escolhem DMPA como contraceção após o parto têm menor probabilidade de engravidar, quando comparadas com adolescentes que escolhem COC ou adesivo. (39)

As principais desvantagens para as adolescentes são as irregularidades menstruais (presentes em quase todas as adolescentes quando iniciam o método) (14), a necessidade de administração intramuscular a cada 12 semanas e efeitos adversos potenciais como acne, aumento de peso, dores de cabeça e distensão abdominal. (20) Pode haver amenorreia com o aumento do uso. (3, 11, 14) No entanto, para muitas adolescentes esta característica é considerada uma vantagem, o que pode contribuir para aumentar a adesão e a requisição do método. (14) Num estudo longitudinal com adolescentes entre os 15 e os 19 anos concluiu-se que as utilizadoras de DMPA ganham duas vezes mais peso em relação às que usam COC. (40)

Se o DMPA for iniciado como método Quick Start em adolescentes e jovens adultas o nível de satisfação e a continuidade do método são melhoradas. (41)

Uma preocupação relativamente ao seu uso na adolescência tem sido o efeito do estado hipoestrogénico criado pela utilização a longo prazo do DMPA na densidade mineral óssea (DMO) (14), uma vez que na adolescência, o pico de massa óssea ainda não foi atingido. (42) Num estudo recente, Harl et al vigiaram e avaliaram adolescentes dos 12 aos 18 anos durante 240 semanas

enquanto recebiam DMPA e 300 semanas após cessação. Apesar de se verificar diminuição da DMO, esta era completamente reversível após descontinuidade do método. (43) Noutro estudo que envolveu adolescentes entre os 15 e os 19 anos não houve diferença entre a DMO das utilizadoras de DMPA em relação ao grupo de controlo. (44)

O retorno à fertilidade pode demorar alguns meses após descontinuidade do método (11, 45), no entanto, não existe evidência de compromisso definitivo da fertilidade. (11)

As recomendações atuais limitam o uso a dois anos, com posterior reavaliação, considerando a utilização a longo prazo se as outras formas contraceptivas forem inadequadas. (16, 20, 45)

4.3. CP subcutâneo

O CP subcutâneo com etonogestrel é um contraceptivo hormonal de ação prolongada e eficaz durante três anos. (3, 16) Contém 68mg de etonogestrel (o metabolito ativo do desogestrel) e 15mg de sulfato de bário. (16)

A sua eficácia contraceptiva é superior a 99% se a inserção for no momento recomendado, (16) com taxas de falha inferiores a 0,1%. (21)

As vantagens deste método incluem a elevada eficácia e a facilidade do uso. (21) A sua inserção e remoção devem ser feitas por um profissional treinado e, após inserção, a primeira consulta de vigilância deve realizar-se no terceiro mês de uso, sendo as seguintes anuais, ou de seis em seis meses, de acordo com a necessidade da utente ou disponibilidade do serviço. (11)

Um efeito lateral inconveniente é a hemorragia imprevisível e irregular (14, 16, 21, 46) que pode deter as adolescentes de usar este contraceptivo ou de pedirem a sua remoção. (14, 16) Outros efeitos incluem dores de cabeça (20), aumento de peso e alterações do humor. (21, 46) Num estudo conduzido na Austrália que envolveu adolescentes e mulheres adultas verificou-se que mais de 25% das participantes que usaram o CP subcutâneo relataram alterações do humor e aumento de peso. (46)

É um excelente método para mulheres que estão dispostas a tolerar as hemorragias imprevisíveis. (21) É também eficaz e bem aceite pelas adolescentes após gravidez (4, 47) e pode ser usado na adolescente que está a amamentar. (4) Em 44 adolescentes com idade inferior a 20 anos, que colocaram o CP subcutâneo, em média, 102 dias após o parto, verificou-se uma taxa de

descontinuidade de 0% após um ano e hemorragias frequentes e prolongadas foram observadas em menos de 5% das participantes. (47)

O CP subcutâneo pode ser uma boa opção contraceptiva para as adolescentes e pode ajudá-las a espaçar futuras gravidezes. (4, 47)

5. Dispositivo intrauterino (DIU)

Atualmente estão disponíveis dois tipos de DIU: o DIU com cobre (DIU-Cu), e o sistema intrauterino com levonorgestrel (SIU-LNG). (16, 48-50) São ambos altamente eficazes e seguros na prevenção da gravidez (48-51), com taxas de falha inferiores a 1% quando usados apropriadamente. (20) A eficácia é influenciada por vários fatores, incluindo o tamanho da área de superfície e o tipo de dispositivo usado. (20)

O DIU-Cu produz reação inflamatória citotóxica do endométrio, é tóxico para os espermatozóides e para o óvulo e dificulta a implantação. (16) Tem duração de dez anos (20), e a percentagem de mulheres que engravida durante o primeiro ano de utilização é de 0,6% com o uso perfeito e de 0,8% com o uso típico. (16)

O SIU-LNG liberta gradualmente levonorgestrel a uma taxa de 20µg por dia durante um período de cinco anos. (20, 21) A percentagem de mulheres que engravida durante o primeiro ano de utilização é de 0,2% com os usos perfeito e típico. (16)

Antes da inserção do dispositivo, deve ser dada particular atenção ao exame ginecológico. É necessário verificar se o colo do útero e a vagina não apresentam patologias que contraindiquem o método. O exame bimanual deve ser realizado, com especial relevo para o tamanho, forma, posição e mobilidade do útero e dos anexos. A primeira consulta de seguimento após inserção deve realizar-se entre as quatro e as seis semanas e depois anualmente ou de seis em seis meses, de acordo com a necessidade da utente e a disponibilidade do serviço. O exame ginecológico deve ser efetuado em todas as consultas de controlo. (11)

Antigamente, os dispositivos não eram recomendados para adolescentes. (20) Os riscos de infeção e de infertilidade futura contribuíram para que os clínicos se tornassem relutantes em prescrever estes métodos nesta faixa etária. (7, 20, 52, 53) Outras razões para a não prescrição incluem

as preocupações com o risco aumentado de expulsão e de efeitos laterais adversos que as mulheres jovens nulíparas enfrentam em relação às múltíparas. (7) Contudo, os dispositivos não mostram aumentar o risco de doença inflamatória pélvica ou de doenças sexualmente transmissíveis na adolescência (54) nem afetar a fertilidade futura na ausência de infecção. (20, 48) O risco de doença inflamatória pélvica aumenta apenas no momento da inserção do dispositivo. (54)

O *American College of Obstetricians and Gynecologists* emitiu um comunicado em 2007 concluindo que os DIU podem ser considerados como escolha de primeira linha para adolescentes, incluindo as que são nulíparas. (54)

As adolescentes têm pouco conhecimento acerca dos dispositivos. (7, 55) Num estudo que envolveu 72 mulheres dos 14 aos 18 anos seguidas em clínicas de planejamento familiar foi demonstrado que, apesar de 74% usar alguma forma de contraceção, apenas 19% tinha ouvido falar do DIU. (7) Após uma sessão educacional, a maioria expressou atitude positiva em relação ao método. (7) Está demonstrado que uma educação interventiva breve melhora significativamente a atitude das mulheres jovens sexualmente ativas em relação aos dispositivos. (7, 56)

Apesar de a maioria das adolescentes ser insegura em relação ao dispositivo por medo da dor durante a inserção (55), as taxas de continuidade são altas. (57) Uma revisão de 13 estudos em adolescentes concluiu que as utilizadoras de DIU tiveram taxas de continuidade similares ou mesmo mais elevadas em relação às que usavam COC. (51)

Entre os dois tipos de dispositivos, um estudo em adolescentes mostra que aos seis meses, as taxas de continuidade na adolescência são maiores com o SIU-LNG em comparação ao DIU-Cu. (49) Em adolescentes canadianas a taxa de continuidade no primeiro ano é de 85% com o SIU-LNG. (58)

O DIU-Cu é indicado para mulheres não grávidas com 16 ou mais anos de idade, o que o torna um método ideal para a prevenção da gravidez durante a adolescência. (49) No entanto está associado a menstruações mais pesadas e mais longas e aumento da dismenorreia. (50)

O SIU-LNG, pelo contrário, proporciona menstruações mais leves e menor dismenorreia (49, 50), minimizando dois dos principais efeitos laterais responsáveis pela descontinuidade do DIU-Cu. (57) Pode provocar amenorreia, que pode ser percebida pela adolescente como benefício. (50)

O nível de satisfação após o uso é elevado. (46, 57) Num estudo realizado na Austrália que envolveu mulheres entre os 16 e os 44 anos foi comparado o nível de satisfação das que usaram DIU e das que usaram CP subcutâneo. Após seis meses, a satisfação era maior nas utilizadoras de DIU (74,3%) em relação às que usaram CP subcutâneo (57,5%). (46)

6. Contraceção de emergência (CE)

É usada para a prevenção da gravidez após relações desprotegidas ou após reconhecimento de falha do contraceptivo (59), sendo, por isso, o único método de contraceção que pode ser usado após a relação sexual, para evitar uma gravidez. (11)

Pode ser aplicada sob a forma de hormonas administradas oralmente ou através da inserção de um dispositivo libertador de cobre. (20) Deve dar-se preferência aos métodos progestativos e ao acetato de ulipristal, pela maior eficácia e menor perfil de efeitos secundários. (16) A eficácia é tanto maior quanto mais precoce for a toma. (16)

Na adolescência, o acesso à CE torna-se particularmente importante, pois a experiência na utilização da contraceção ainda é reduzida (11) e, muitas vezes, esta é a única forma de contraceção usada nesta faixa etária. (59) A CE deve estar disponível em todas as unidades de saúde, para que possa ser fornecida de imediato e gratuitamente após solicitação. (11) As farmácias também podem disponibilizar o método mediante prescrição médica, ou, na ausência desta, vendê-lo de forma livre. (11)

A maioria dos adolescentes tem conhecimento da CE. (60-62) Em 100 adolescentes dos 14 aos 19 anos, 56% tinham conhecimento e 69,6% destes conseguiam identificar pelo menos um método de CE. (61)

O uso de CE varia consoante o comportamento contraceptivo da adolescente. Num estudo foi comparado o uso de CE em adolescentes que usavam alguma forma de contraceção e em adolescentes não protegidas. Nestas, o início da atividade sexual aos 14 ou mais anos de idade e o bom desempenho académico estavam associados a maior uso de CE. Nas raparigas protegidas, o uso de CE estava associado à pobre comunicação com pelo menos um adulto. As fumadoras diárias, independentemente do método, estavam associadas ao uso de CE. (59) A associação entre o uso de CE e adolescentes

fumadoras diárias também foi verificado noutra estudo, no qual também se observou o aumento do uso de CE com o aumento do consumo de álcool, o pobre desempenho escolar e a não vivência num núcleo familiar. (60)

Em 40 raparigas dos 11 aos 17 anos que reporta uso de CE, 30% refere como motivo o facto de não usar contraceção durante a relação sexual. (63) A não utilização do preservativo ou o rompimento deste são outras das causas apresentadas para o uso. (64)

É importante realçar que a CE não é um método para uso regular, mas sim um método de recurso. O retorno à fertilidade é imediato e, por isso, devem ser discutidas com a utilizadora outras formas de contraceção para uso futuro. (11)

7. Esterilização

Compreende a laqueação de trompas, a oclusão tubar e a vasectomia. A prática de esterilização voluntária exige uma idade superior a 25 anos e uma declaração escrita e assinada. Por razões médicas, o limite de idade é dispensado. A contraceção definitiva deve ser considerada quando os outros métodos são inaceitáveis e existe uma contra-indicação absoluta à gravidez. (16)

DISCUSSÃO

Na generalidade, as adolescentes são elegíveis para usar qualquer método contraceptivo e devem ter acesso a uma variedade de escolhas. (65) As preocupações relativas ao uso de determinado método na adolescência devem ser equilibradas com a vantagem de evitar uma gravidez. (65)

Na adolescência, o uso de contraceptivos é complicado pela existência de ideias pré-concebidas, tabus e medo de efeitos laterais, que frequentemente levam a um uso incorreto dos métodos. (4) Assegurar que os adolescentes sexualmente ativos usam os contraceptivos de forma consistente e correta é uma forma eficaz de reduzir o número de gravidezes não planeadas. Desta forma, o aconselhamento assume um papel fundamental, especialmente para aqueles que iniciam a contraceção pela primeira vez. (11)

O COC e o preservativo masculino são os métodos mais comumente usados por adolescentes. (15) No entanto, para estes métodos, é larga a discrepância entre o uso perfeito e o uso típico. (21)

Os contraceptivos de longa duração de ação, que não exigem adesão diária, apresentam taxas de falha menores, constituindo uma alternativa altamente eficaz para a prevenção da gravidez. (21) O uso destes métodos na adolescência tem potencial para diminuir significativamente a taxa de gravidez indesejada. (26)

REFERÊNCIAS

1. French RS, Cowan FM. Contraception for adolescents. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2009 Apr;23(2):233-47.
2. World Health Organization. Maternal, newborn, child and adolescent health. [Internet] [cited 2011 Oct 25]; Disponível em: URL:
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en/index.html.
3. Weisberg E. Contraceptive options for women in selected circumstances. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2010 Oct;24(5):593-604.
4. Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, de Araujo FF. Etonogestrel implant in adolescents: evaluation of clinical aspects. *Contraception.* 2011 Apr;83(4):336-9.
5. Lemay CA, Cashman SB, Elfenbein DS, Felice ME. Adolescent mothers' attitudes toward contraceptive use before and after pregnancy. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2007 Aug;20(4):233-40.
6. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. *Perspect Sex Reprod Health.* 2006 Jun;38(2):90-6.
7. Whitaker AK, Johnson LM, Harwood B, Chiappetta L, Creinin MD, Gold MA. Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device. *Contraception.* 2008 Sep;78(3):211-7.
8. Instituto Nacional de Estatística. Nados-vivos de mães adolescentes por idade da mãe. [Internet] [cited 2011 Nov 08]; Disponível em: URL:
http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0001541&contexto=bd&selTab=tab2.
9. Santelli JS, Lindberg LD, Finer LB, Singh S. Explaining recent declines in adolescent pregnancy in the United States: the contribution of abstinence and improved contraceptive use. *Am J Public Health.* 2007 Jan;97(1):150-6.
10. Avery L, Lazdane G. What do we know about sexual and reproductive health of adolescents in Europe? *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008 Mar;13(1):58-70.

11. Programa Nacional de Saúde Reprodutiva da Direcção Geral de Saúde. Saúde Reprodutiva: Planeamento Familiar. [Internet] 2008 [cited 2011 Nov 07]; Disponível em: URL: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt>.
12. Beksinska M, Smit J, Joanis C, Usher-Patel M, Potter W. Female condom technology: new products and regulatory issues. *Contraception*. 2011 Apr;83(4):316-21.
13. Bankole A, Malarcher S. Removing barriers to adolescents' access to contraceptive information and services. *Stud Fam Plann*. 2010 Jun;41(2):117-24.
14. Lara-Torre E. Update in adolescent contraception. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2009 Mar;36(1):119-28.
15. Godeau E, Nic Gabhainn S, Vignes C, Ross J, Boyce W, Todd J. Contraceptive use by 15-year-old students at their last sexual intercourse: results from 24 countries. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2008 Jan;162(1):66-73.
16. Sociedade Portuguesa de Ginecologia, Sociedade Portuguesa da Contracepção, Sociedade Portuguesa de Medicina da Reprodução. Consenso sobre Contracepção 2011. [Internet] 2011 [cited 2011 Nov 07]; Disponível em: URL: www.spdc.pt.
17. Manning WD, Flanigan CM, Giordano PC, Longmore MA. Relationship dynamics and consistency of condom use among adolescents. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009 Sep;41(3):181-90.
18. Manlove J, Ikramullah E, Terry-Humen E. Condom use and consistency among male adolescents in the United States. *J Adolesc Health*. 2008 Oct;43(4):325-33.
19. Latka MH, Kapadia F, Fortin P. The female condom: effectiveness and convenience, not "female control," valued by U.S. Urban adolescents. *AIDS Educ Prev*. 2008 Apr;20(2):160-70.
20. Blythe MJ, Diaz A. Contraception and adolescents. *Pediatrics*. 2007 Nov;120(5):1135-48.
21. Mestad RE, Kenerson J, Peipert JF. Reversible contraception update: the importance of long-acting reversible contraception. *Postgrad Med*. 2009 Jul;121(4):18-25.
22. Woods JL, Hensel DJ, Fortenberry JD. Contraceptive withdrawal in adolescents: a complex picture of usage. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2009 Aug;22(4):233-7.
23. O'Connell K, Davis AR, Kerns J. Oral contraceptives: side effects and depression in adolescent girls. *Contraception*. 2007 Apr;75(4):299-304.

24. Deligeoroglou E, Christopoulos P, Creatsas G. Contraception in adolescence. *Ann N Y Acad Sci.* 2006 Dec;1092:78-90.
25. Edwards SM, Ziemann M, Jones K, Diaz A, Robilotto C, Westhoff C. Initiation of oral contraceptives--start now! *J Adolesc Health.* 2008 Nov;43(5):432-6.
26. Whitaker AK, Gilliam M. Contraceptive care for adolescents. *Clin Obstet Gynecol.* 2008 Jun;51(2):268-80.
27. Hamani Y, Sciaki-Tamir Y, Deri-Hasid R, Miller-Poggrund T, Milwidsky A, Haimov-Kochman R. Misconceptions about oral contraception pills among adolescents and physicians. *Hum Reprod.* 2007 Dec;22(12):3078-83.
28. Ott MA, Shew ML, Ofner S, Tu W, Fortenberry JD. The influence of hormonal contraception on mood and sexual interest among adolescents. *Arch Sex Behav.* 2008 Aug;37(4):605-13.
29. Sucato GS, Land SR, Murray PJ, Cecchini R, Gold MA. Adolescents' experiences using the contraceptive patch versus pills. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011 Aug;24(4):197-203.
30. Raine TR, Epstein LB, Harper CC, Brown BA, Boyer CB. Attitudes toward the vaginal ring and transdermal patch among adolescents and young women. *J Adolesc Health.* 2009 Sep;45(3):262-7.
31. Bodner K, Bodner-Adler B, Grunberger W. Evaluation of the contraceptive efficacy, compliance, and satisfaction with the transdermal contraceptive patch system Evra: a comparison between adolescent and adult users. *Arch Gynecol Obstet.* 2011 Mar;283(3):525-30.
32. Sucato GS, Bhatt SK, Murray PJ, Ott MA. Transdermal contraception as a model for adolescent use of new methods. *J Adolesc Health.* 2011 Oct;49(4):357-62.
33. Brache V, Faundes A. Contraceptive vaginal rings: a review. *Contraception.* 2010 Nov;82(5):418-27.
34. Terrell LR, Tanner AE, Hensel DJ, Blythe MJ, Fortenberry JD. Acceptability of the vaginal contraceptive ring among adolescent women. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2011 Aug;24(4):204-10.
35. Carey AS, Chiappetta L, Tremont K, Murray PJ, Gold MA. The contraceptive vaginal ring: female adolescents' knowledge, attitudes and plans for use. *Contraception.* 2007 Dec;76(6):444-50.

36. Stewart FH, Brown BA, Raine TR, Weitz TA, Harper CC. Adolescent and young women's experience with the vaginal ring and oral contraceptive pills. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007 Dec;20(6):345-51.
37. Falah-Hassani K, Kosunen E, Shiri R, Rimpela A. The use of the vaginal ring and transdermal patch among adolescent girls in Finland. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010 Feb;15(1):31-4.
38. Tepe M, Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Peipert JF. Association between tampon use and choosing the contraceptive vaginal ring. *Obstetrics and gynecology*. 2010 Apr;115(4):735-9.
39. Thurman AR, Hammond N, Brown HE, Roddy ME. Preventing repeat teen pregnancy: postpartum depot medroxyprogesterone acetate, oral contraceptive pills, or the patch? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2007 Apr;20(2):61-5.
40. Beksinska ME, Smit JA, Kleinschmidt I, Milford C, Farley TM. Prospective study of weight change in new adolescent users of DMPA, NET-EN, COCs, nonusers and discontinuers of hormonal contraception. *Contraception*. 2010 Jan;81(1):30-4.
41. Rickert VI, Tiezzi L, Lipshutz J, Leon J, Vaughan RD, Westhoff C. Depo Now: preventing unintended pregnancies among adolescents and young adults. *J Adolesc Health*. 2007 Jan;40(1):22-8.
42. Isley MM, Kaunitz AM. Update on hormonal contraception and bone density. *Rev Endocr Metab Disord*. 2011 Jun;12(2):93-106.
43. Harel Z, Johnson CC, Gold MA, Cromer B, Peterson E, Burkman R, et al. Recovery of bone mineral density in adolescents following the use of depot medroxyprogesterone acetate contraceptive injections. *Contraception*. 2010 Apr;81(4):281-91.
44. Beksinska ME, Kleinschmidt I, Smit JA, Farley TM. Bone mineral density in adolescents using norethisterone enanthate, depot-medroxyprogesterone acetate or combined oral contraceptives for contraception. *Contraception*. 2007 Jun;75(6):438-43.
45. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. *Contraceptive Choices for Young People: Clinical Effectiveness Unit*. [Internet] 2010 [cited 2011 Nov 07]; Disponível em: URL: <http://www.fsrh.org/pdfs/ceuGuidanceYoungPeople2010.pdf>.

46. Wong RC, Bell RJ, Thunuguntla K, McNamee K, Vollenhoven B. Implanon users are less likely to be satisfied with their contraception after 6 months than IUD users. *Contraception*. 2009 Nov;80(5):452-6.
47. Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, de Araujo FF. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception*. 2010 Sep;82(3):256-9.
48. Bhathena RK, Guillebaud J. Intrauterine contraception: an update. *J Obstet Gynaecol*. 2008 Apr;28(3):262-5.
49. Godfrey EM, Memmel LM, Neustadt A, Shah M, Nicosia A, Moorthie M, et al. Intrauterine contraception for adolescents aged 14-18 years: a multicenter randomized pilot study of levonorgestrel-releasing intrauterine system compared to the Copper T 380A. *Contraception*. 2010 Feb;81(2):123-7.
50. Yen S, Saah T, Hillard PJ. IUDs and adolescents--an under-utilized opportunity for pregnancy prevention. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2010 Jun;23(3):123-8.
51. Deans EI, Grimes DA. Intrauterine devices for adolescents: a systematic review. *Contraception*. 2009 Jun;79(6):418-23.
52. Lara-Torre E, Spotswood L, Correia N, Weiss PM. Intrauterine contraception in adolescents and young women: a descriptive study of use, side effects, and compliance. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2011 Feb;24(1):39-41.
53. Whitaker AK, Dude AM, Neustadt A, Gilliam ML. Correlates of use of long-acting reversible methods of contraception among adolescent and young adult women. *Contraception*. 2010 Apr;81(4):299-303.
54. ACOG Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstetrics and gynecology*. 2007 Dec;110(6):1493-5.
55. Fleming KL, Sokoloff A, Raine TR. Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women. *Contraception*. 2010 Aug;82(2):178-82.

56. Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, Johnson LM, Creinin MD, Harwood B. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010 Apr;23(2):116-20.
57. Toma A, Jamieson MA. Revisiting the intrauterine contraceptive device in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2006 Aug;19(4):291-6.
58. Paterson H, Ashton J, Harrison-Woolrych M. A nationwide cohort study of the use of the levonorgestrel intrauterine device in New Zealand adolescents. *Contraception.* 2009 Jun;79(6):433-8.
59. Gaudineau A, Ehlinger V, Gabhainn SN, Vayssiere C, Arnaud C, Godeau E. Use of emergency contraceptive pill by 15-year-old girls: results from the international Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study. *BJOG.* 2010 Sep;117(10):1197-204.
60. Falah-Hassani K, Kosunen E, Shiri R, Rimpela A. Emergency contraception among Finnish adolescents: awareness, use and the effect of non-prescription status. *BMC Public Health.* 2007;7:201.
61. Ahern R, Frattarelli LA, Delto J, Kaneshiro B. Knowledge and awareness of emergency contraception in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010 Oct;23(5):273-8.
62. Johnson R, Nshom M, Nye AM, Cohall AT. There's always Plan B: adolescent knowledge, attitudes and intention to use emergency contraception. *Contraception.* 2010 Feb;81(2):128-32.
63. Alford SM, Lappin RE, Wells K, Barone AR, Dalton VK. Adolescent and young adult women's use of emergency contraception. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2010 Oct;23(5):279-84.
64. Rocca CH, Schwarz EB, Stewart FH, Darney PD, Raine TR, Harper CC. Beyond access: acceptability, use and nonuse of emergency contraception among young women. *Am J Obstet Gynecol.* 2007 Jan;196(1):29 e1-6; discussion 90 e1-5.
65. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use: Fourth edition. [Internet] 2009 [cited 2011 Nov 07]; Disponível em: URL: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563888_eng.pdf.

ANEXOS

Instruções aos Autores

Estas instruções seguem os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (disponível em URL: www.icmje.org).

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam investigação original nas diferentes áreas da medicina, favorecendo investigação de qualidade, particularmente a que descreva a realidade nacional.

Os manuscritos são avaliados inicialmente por membros do corpo editorial e a publicação daqueles que forem considerados adequados fica dependente do parecer técnico de pelo menos dois revisores externos. A revisão é feita anonimamente, podendo os revisores propor, por escrito, alterações de conteúdo ou de forma ao(s) autor(es), condicionando a publicação do artigo à sua efectivação.

Todos os artigos solicitados serão submetidos a avaliação externa e seguirão o mesmo processo editorial dos artigos de investigação original.

Apesar dos editores e dos revisores desenvolverem os esforços necessários para assegurar a qualidade técnica e científica dos manuscritos publicados, a responsabilidade final do conteúdo das publicações é dos autores.

Todos os artigos publicados passam a ser propriedade dos ARQUIVOS DE MEDICINA. Uma vez aceites, os manuscritos não podem ser publicados numa forma semelhante noutros locais, em nenhuma língua, sem o consentimento dos ARQUIVOS DE MEDICINA.

Apenas serão avaliados manuscritos contendo material original que não estejam ainda publicados, na íntegra ou em parte (incluindo tabelas e figuras), e que não estejam a ser submetidos para publicação noutros locais. Esta restrição não se aplica a notas de imprensa ou a resumos publicados no âmbito de reuniões científicas. Quando existem publicações semelhantes à que é submetida ou quando existirem dúvidas relativamente ao cumprimento dos critérios acima mencionados estas devem ser anexadas ao manuscrito em submissão.

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores têm que assegurar todas as autorizações necessárias para a publicação do material submetido.

De acordo com uma avaliação efectuada sobre o material apresentado à revista os editores dos ARQUIVOS DE MEDICINA prevêm publicar aproximadamente 30% dos manuscritos submetidos, sendo que cerca de 25% serão provavelmente rejeitados pelos editores no primeiro mês após a recepção sem avaliação externa.

TIPOLOGIA DOS ARTIGOS PUBLICADOS NOS ARQUIVOS DE MEDICINA

Artigos de investigação original

Resultados de investigação original, qualitativa ou quantitativa.

O texto deve ser limitado a 2000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 4 tabelas e/ou figuras (total) e até 15 referências.

Todos os artigos de investigação original devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Publicações breves

Resultados preliminares ou achados novos podem ser objecto de publicações breves.

O texto deve ser limitado a 1000 palavras, excluindo referências e tabelas, e organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As publicações breves devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Artigos de revisão

Artigos de revisão sobre temas das diferentes áreas da medicina e dirigidos aos profissionais de saúde, particularmente com impacto na sua prática.

Os ARQUIVOS DE MEDICINA publicam essencialmente artigos de revisão solicitados pelos editores. Contudo, também serão avaliados artigos de revisão submetidos sem solicitação prévia, preferencialmente revisões quantitativas (Meta-análise).

O texto deve ser limitado a 5000 palavras, excluindo referências e tabelas, e apresentar um máximo de 5 tabelas e/ou figuras (total). As revisões quantitativas devem ser organizadas em introdução, métodos, resultados e discussão.

As revisões devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada, devendo ser estruturados no caso das revisões quantitativas.

Comentários

Comentários, ensaios, análises críticas ou declarações de posição acerca de tópicos de interesse na área da saúde, designadamente políticas de saúde e educação médica.

O texto deve ser limitado a 900 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

Os comentários não devem apresentar resumos.

Casos clínicos

Os ARQUIVOS DE MEDICINA transcrevem casos publicamente apresentados trimestralmente pelos médicos do Hospital de S. João numa selecção acordada com o corpo editorial da revista. No entanto é bem vinda a descrição de casos clínicos verdadeiramente exemplares, profundamente estudados e discutidos. O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

Os casos clínicos devem apresentar resumos não estruturados em português e em inglês, com um máximo de 120 palavras cada.

Séries de casos

Descrições de séries de casos, tanto numa perspectiva de tratamento estatístico como de reflexão sobre uma experiência particular de diagnóstico, tratamento ou prognóstico.

O texto deve ser limitado a 1200 palavras, excluindo referências e tabelas, organizado em introdução, métodos, resultados e discussão, com um máximo de 2 tabelas e/ou figuras (total) e até 10 referências.

As séries de casos devem apresentar resumos estruturados em português e em inglês, com um máximo de 250 palavras cada.

Cartas ao editor

Comentários sucintos a artigos publicados nos ARQUIVOS DE MEDICINA ou relatando de forma muito objectiva os resultados de observação clínica ou investigação original que não justifiquem um tratamento mais elaborado.

O texto deve ser limitado a 400 palavras, excluindo referências e tabelas, e incluir no máximo uma tabela ou figura e até 5 referências.

As cartas ao editor não devem apresentar resumos.

Revisões de livros ou software

Revisões críticas de livros, software ou sítios da internet.

O texto deve ser limitado a 600 palavras, sem tabelas nem figuras, com um máximo de 3 referências, incluindo a do objecto da revisão.

As revisões de livros ou software não devem apresentar resumos.

FORMATAÇÃO DOS MANUSCRITOS

A formatação dos artigos submetidos para publicação nos ARQUIVOS DE MEDICINA deve seguir os "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals".

Todo o manuscrito, incluindo referências, tabelas e legendas de figuras, deve ser redigido a dois espaços, com letra a 11 pontos, e justificado à esquerda.

Aconselha-se a utilização das letras Times, Times New Roman, Courier, Helvetica, Arial, e Symbol para caracteres especiais.

Devem ser numeradas todas as páginas, incluindo a página do título.

Devem ser apresentadas margens com 2,5 cm em todo o manuscrito. Devem ser inseridas quebras de página entre cada secção.

Não devem ser inseridos cabeçalhos nem rodapés.

Deve ser evitada a utilização não técnica de termos estatísticos como aleatório, normal, significativo, correlação e amostra.

Apenas será efectuada a reprodução de citações, tabelas ou ilustrações de fontes sujeitas a direitos de autor com citação completa da fonte e com autorizações do detentor dos direitos de autor.

Unidades de medida

Devem ser utilizadas as unidades de medida do Sistema Internacional (SI), mas os editores podem solicitar a apresentação de outras unidades não pertencentes ao SI.

Abreviaturas

Devem ser evitados acrónimos e abreviaturas, especialmente no título e nos resumos. Quando for necessária a sua utilização devem ser definidos na primeira vez que são mencionados no texto e também nos resumos e em cada tabela e figura, excepto no caso das unidades de medida.

Nomes de medicamentos

Deve ser utilizada a Designação Comum Internacional (DCI) de fármacos em vez de nomes comerciais de medicamentos. Quando forem utilizadas marcas registadas na investigação, pode ser mencionado o nome do medicamento e o nome do laboratório entre parêntesis.

Página do título

Na primeira página do manuscrito deve constar:

- 1) o título (conciso e descritivo);
- 2) um título abreviado (com um máximo de 40 caracteres, incluindo espaços);
- 3) os nomes dos autores, incluindo o primeiro nome (não incluir graus académicos ou títulos honoríficos);
- 4) a filiação institucional de cada autor no momento em que o trabalho foi realizado;
- 5) o nome e contactos do autor que deverá receber a correspondência, incluindo endereço, telefone, fax e e-mail;
- 6) os agradecimentos, incluindo fontes de financiamento, bolsas de estudo e colaboradores que não cumpram critérios para autoria;
- 7) contagens de palavras separadamente para cada um dos resumos e para o texto principal (não incluindo referências, tabelas ou figuras).

Autoria

Como referido nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals", a autoria requer uma contribuição substancial para:

- 1) concepção e desenho do estudo, ou obtenção dos dados, ou análise e interpretação dos dados;
- 2) redacção do manuscrito ou revisão crítica do seu conteúdo intelectual;
- 3) aprovação final da versão submetida para publicação.

A obtenção de financiamento, a recolha de dados ou a supervisão geral do grupo de trabalho, por si só, não justificam autoria.

É necessário especificar na carta de apresentação o contributo de cada autor para o trabalho. Esta informação será publicada.

Exemplo: José Silva concebeu o estudo e supervisionou todos os aspectos da sua implementação. António Silva colaborou na concepção do estudo e efectuou a análise dos dados. Manuel Silva efectuou a recolha de dados e colaborou na sua análise. Todos os autores contribuíram para a interpretação dos resultados e revisão dos rascunhos do manuscrito.

Nos manuscritos assinados por mais de 6 autores (3 autores no caso das cartas ao editor), tem que ser explicitada a razão de uma autoria tão alargada.

É necessária a aprovação de todos os autores, por escrito, de quaisquer modificações da autoria do artigo após a sua submissão.

Agradecimentos

Devem ser mencionados na secção de agradecimentos os colaboradores que contribuíram substancialmente para o trabalho mas que não cumpram os critérios para autoria, especificando o seu contributo, bem como as fontes de financiamento, incluindo bolsas de estudo.

Resumos

Os resumos de artigos de investigação original, publicações breves, revisões quantitativas e séries de casos devem ser estruturados (introdução, métodos, resultados e conclusões) e apresentar conteúdo semelhante ao do manuscrito.

Os resumos de manuscritos não estruturados (revisões não quantitativas e casos clínicos) também não devem ser estruturados.

Nos resumos não devem ser utilizadas referências e as abreviaturas devem ser limitadas ao mínimo.

Palavras-chave

Devem ser indicadas até seis palavras-chave, em português e em inglês, nas páginas dos resumos, preferencialmente em concordância com o Medical Subject Headings (MeSH) utilizado no Index Medicus. Nos manuscritos que não apresentam resumos as palavras-chave devem ser apresentadas no final do manuscrito.

Introdução

Deve mencionar os objectivos do trabalho e a justificação para a sua realização.

Nesta secção apenas devem ser efectuadas as referências indispensáveis para justificar os objectivos do estudo.

Métodos

Nesta secção devem descrever-se:

- 1) a amostra em estudo;
- 2) a localização do estudo no tempo e no espaço;
- 3) os métodos de recolha de dados;
- 4) análise dos dados.

As considerações éticas devem ser efectuadas no final desta secção.

Análise dos dados

Os métodos estatísticos devem ser descritos com o detalhe suficiente para que possa ser possível reproduzir os resultados apresentados.

Sempre que possível deve ser quantificada a imprecisão das estimativas apresentadas, designadamente através da apresentação de intervalos de confiança. Deve evitar-se uma utilização excessiva de testes de hipóteses, com o uso de valores de p, que não fornecem informação quantitativa importante.

Deve ser mencionado o software utilizado na análise dos dados.

Considerações éticas e consentimento informado

Os autores devem assegurar que todas as investigações envolvendo seres humanos foram aprovadas por comissões de ética das instituições em que a investigação tenha sido desenvolvida, de acordo com a Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (www.wma.net).

Na secção de métodos do manuscrito deve ser mencionada esta aprovação e a obtenção de consentimento informado, quando aplicável.

Resultados

Os resultados devem ser apresentados, no texto, tabelas e figuras, seguindo uma sequência lógica.

Não deve ser fornecida informação em duplicado no texto e nas tabelas ou figuras, bastando descrever as principais observações referidas nas tabelas ou figuras.

Independentemente da limitação do número de figuras propostos para cada tipo de artigo, só devem ser apresentados gráficos quando da sua utilização resultarem claros benefícios para a compreensão dos resultados.

Apresentação de dados numéricos

A precisão numérica utilizada na apresentação dos resultados não deve ser superior à permitida pelos instrumentos de avaliação.

Para variáveis quantitativas as medidas apresentadas não deverão ter mais do que uma casa decimal do que os dados brutos.

As proporções devem ser apresentadas com apenas uma casa decimal e no caso de amostras pequenas não devem ser apresentadas casas decimais.

Os valores de estatísticas teste, como t ou χ^2 , e os coeficientes de correlação devem ser apresentados com um máximo de duas casas decimais.

Os valores de p devem ser apresentados com um ou dois algarismos significativos e nunca na forma de p=NS, p<0,05 ou p>0,05, na medida em que a informação contida no valor de P pode ser importante. Nos casos em

que o valor de p é muito pequeno (inferior a 0,0001), pode apresentar-se como $p < 0,0001$.

Tabelas e figuras

As tabelas devem surgir após as referências. As figuras devem surgir após as tabelas.

Devem ser mencionadas no texto todas as tabelas e figuras, numeradas (numeração árabe separadamente para tabelas e figuras) de acordo com a ordem em que são discutidas no texto.

Cada tabela ou figura deve ser acompanhada de um título e notas explicativas (ex. definições de abreviaturas) de modo a serem compreendidas e interpretadas sem recurso ao texto do manuscrito.

Para as notas explicativas das tabelas ou figuras devem ser utilizados os seguintes símbolos, nesta mesma sequência:

*, †, ‡, §, ¶, **, ††, ‡‡.

Cada tabela ou figura deve ser apresentada em páginas separadas, juntamente com o título e as notas explicativas.

Nas tabelas devem ser utilizadas apenas linhas horizontais.

As figuras, incluindo gráficos, mapas, ilustrações, fotografias ou outros materiais devem ser criadas em computador ou produzidas profissionalmente.

As figuras devem incluir legendas.

Os símbolos, setas ou letras devem contrastar com o fundo de fotografias ou ilustrações.

A dimensão das figuras é habitualmente reduzida à largura de uma coluna, pelo que as figuras e o texto que as acompanha devem ser facilmente legíveis após redução.

Na primeira submissão do manuscrito não devem ser enviados originais de fotografias, ilustrações ou outros materiais como películas de raios-X. As figuras, criadas em computador ou convertidas em formato electrónico após digitalização devem ser inseridas no ficheiro do manuscrito.

Uma vez que a impressão final será a preto e branco ou em tons de cinzento, os gráficos não deverão ter cores. Gráficos a três dimensões apenas serão aceites em situações excepcionais.

A resolução de imagens a preto e branco deve ser de pelo menos 1200 dpi e a de imagens com tons de cinzento ou a cores deve ser de pelo menos 300 dpi.

As legendas, símbolos, setas ou letras devem ser inseridas no ficheiro da imagem das fotografias ou ilustrações.

Os custos da publicação das figuras a cores serão suportados pelos autores.

Em caso de aceitação do manuscrito, serão solicitadas as figuras nos formatos mais adequados para a produção da revista.

Discussão

Na discussão não deve ser repetida detalhadamente a informação fornecida na secção dos resultados, mas devem ser discutidas as limitações do estudo, a relação dos resultados obtidos com o observado noutras investigações e devem ser evidenciados os aspectos inovadores do estudo e as conclusões que deles resultam.

É importante que as conclusões estejam de acordo com os objectivos do estudo, mas devem ser evitadas afirmações e conclusões que não sejam completamente apoiadas pelos resultados da investigação em causa.

Referências

As referências devem ser listadas após o texto principal, numeradas consecutivamente de acordo com a ordem da sua citação. Os números das referências devem ser apresentados entre parentesis. Não deve ser utilizado software para numeração automática das referências.

Pode ser encontrada nos "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" uma descrição pormenorizada do formato dos diferentes tipos de referências, de que se acrescentam alguns exemplos:

1. Artigo

• Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart transplantation is associated with an increase risk for pancreaticobiliary disease. *Ann Intern Med* 1996;124:980-3.

2. Artigo com Organização como Autor

• The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 64:282-4.

3. Artigo publicado em Volume com Suplemento

• Shen HM, Zhang QF. Risk assessment of nickel carcinogenicity and occupational lung cancer. *Environ Health Perspect* 1994; 102 Suppl 1:275-82.

4. Artigo publicado em Número com Suplemento

payne DK, Sullivan MD, Massie MJ. Women's psychological reactions to breast cancer. *Semin Oncol* 1996;23 (1 Suppl 2):89-97.

5. Livro

Ringsven MK, Bond D. Gerontology and leadership skills for nurses. 2nd ed. Albany (NY): Delmar Publishers;1996.

6. Livro (Editor(s) como Autor(es))

Norman IJ, Redfern SJ, editores. Mental health care for elderly people. New York: Churchill Livingstone;1996.

7. Livro (Organização como Autor e Editor)

Institute of Medicine (US). Looking at the future of the Medicaid program. Washington: The Institute;1992.

8. Capítulo de Livro

Phillips SJ, Whisnant JP. Hypertension and stroke. In: Laragh JH, Brenner BM, editors. Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. 2nd ed. New York: Raven Press;1995. p. 465-78.

9. Artigo em Formato Electrónico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial online] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5]; 1 (1): [24 screens]. Disponível em: URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Devem ser utilizados os nomes abreviados das publicações, de acordo com o adoptado pelo Index Medicus. Uma lista de publicações pode ser obtida em <http://www.nlm.nih.gov>.

Deve ser evitada a citação de resumos e comunicações pessoais.

Os autores devem verificar se todas as referências estão de acordo com os documentos originais.

Anexos

Material muito extenso para a publicação com o manuscrito, designadamente tabelas muito extensas ou instrumentos de recolha de dados, poderá ser solicitado aos autores para que seja fornecido a pedido dos interessados.

Conflitos de interesse

Os autores de qualquer manuscrito submetido devem revelar no momento da submissão a existência de conflitos de interesse ou declarar a sua inexistência.

Essa informação será mantida confidencial durante a revisão do manuscrito pelos avaliadores externos e não influenciará a decisão editorial mas será publicada se o artigo for aceite.

Autorizações

Antes de submeter um manuscrito aos ARQUIVOS DE MEDICINA os autores devem ter em sua posse os seguintes documentos que poderão ser solicitados pelo corpo editorial:

- consentimento informado de cada participante;
- consentimento informado de cada indivíduo presente em fotografias, mesmo quando forem efectuadas tentativas de ocultar a respectiva identidade;
- transferência de direitos de autor de imagens ou ilustrações;
- autorizações para utilização de material previamente publicado;
- autorizações dos colaboradores mencionados na secção de agradecimentos.

SUBMISSÃO DE MANUSCRITOS

Os manuscritos submetidos aos ARQUIVOS DE MEDICINA devem ser preparados de acordo com as recomendações acima indicadas e devem ser acompanhados de uma carta de apresentação.

Carta de apresentação

Deve incluir a seguinte informação:

- 1) Título completo do manuscrito;
- 2) Nomes dos autores com especificação do contributo de cada um para o manuscrito;
- 3) Justificação de um número elevado de autores, quando aplicável;
- 4) Tipo de artigo, de acordo com a classificação dos ARQUIVOS DE MEDICINA;
- 5) Fontes de financiamento, incluindo bolsas;
- 6) Revelação de conflitos de interesse ou declaração da sua ausência;
- 7) Declaração de que o manuscrito não foi ainda publicado, na íntegra ou em parte, e que nenhuma versão do manuscrito está a ser avaliada por outra revista;
- 8) Declaração de que todos os autores aprovaram a versão do manuscrito que está a ser submetida;
- 9) Assinatura de todos os autores.

É dada preferência à submissão dos manuscritos por e-mail (submit@arquivosdemedicina.org).

O manuscrito e a carta de apresentação devem, neste caso, ser enviados em ficheiros separados em formato word. Deve ser enviada por fax (225074374) uma cópia da carta de apresentação assinada por todos os autores.

Se não for possível efectuar a submissão por e-mail esta pode ser efectuada por correio para o seguinte endereço:

ARQUIVOS DE MEDICINA
Faculdade de Medicina do Porto
Alameda Prof. Hernâni Monteiro
4200 – 319 Porto, Portugal

Os manuscritos devem, então, ser submetidos em triplicado (1 original impresso apenas numa das páginas e 2 cópias com impressão frente e verso), acompanhados da carta de apresentação.

Os manuscritos rejeitados ou o material que os acompanha não serão devolvidos, excepto quando expressamente solicitado no momento da submissão.

CORRECÇÃO DOS MANUSCRITOS

A aceitação dos manuscritos relativamente aos quais forem solicitadas alterações fica condicionada à sua realização.

A versão corrigida do manuscrito deve ser enviada com as alterações sublinhadas para facilitar a sua verificação e deve ser acompanhada duma carta respondendo a cada um dos comentários efectuados.

Os manuscritos só poderão ser considerados aceites após confirmação das alterações solicitadas.

MANUSCRITOS ACEITES

Uma vez comunicada a aceitação dos manuscritos, deve ser enviada a sua versão final em ficheiro de Word[®], formatada de acordo com as instruções acima indicadas.

No momento da aceitação os autores serão informados acerca do formato em que devem ser enviadas as figuras.

A revisão das provas deve ser efectuada e aprovada por todos os autores dentro de três dias úteis. Nesta fase apenas se aceitam modificações que decorram da correcção de gralhas.

Deve ser enviada uma declaração de transferência de direitos de autor para os ARQUIVOS DE MEDICINA, assinada por todos os autores, juntamente com as provas corrigidas.