MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BAURU-SP

TERMO DE DOAÇÃO E COOPERAÇÃO

ACORDO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A **MATERNIDADE SANTA ISABEL** , A **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP** E O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – MPF**, COM O OBJETIVO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROJETO QUE CONTEMPLA A OFERTA E INSERÇÃO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NO PÓS-PARTO IMEDIATO PARA MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE SOCIAL.

O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL – PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BAURU/SP**, CNPJ sob o nº 26.989.715.0031-28, com sede na Rua Alberto Segalla, 1-45, Bairro Jardim Infante Dom Henrique, CEP: 17012-634, neste ato presentado pelo Procurador da República **Pedro Antonio de Oliveira Machado**; a **MATERNIDADE SANTA ISABEL** , unidade hospitalar da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), CNPJ 46.230.439/0011-83, com endereço na Rua Araújo Leite, 26-27, Vila Santa Teresa, CEP: 17.012-055, Bauru/SP, neste ato representada por **Vera Therezinha Medeiros Borges**, Diretora Técnica da Maternidade Santa Isabel e Coordenadora do Projeto, CPF 087150708-08; e a **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP** , gestora da Maternidade Santa Isabel, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 46.230.439/0001-01 e qualificada como Organização Social de Saúde nos termos da Lei Complementar nº 846/98 e do Decreto nº 53.375/08, conforme despacho publicado no Diário Oficial do Estado de 28/07/2011, pág. 4, com sede própria e foro na Cidade de Botucatu, Estado de São Paulo, situada à Rua João Butignoli, s/nº no Distrito de Rubião Junior, tendo como seu representante legal seu Diretor Presidente, Professor Doutor **Antonio Rugolo Junior**, RG 7.485.822-1, CPF 021.229.298-63, nos termos do art. 39, XII do Regimento Interno da FAMESP,

1. **considerando** que a Companhia Paulista de Força e Luz – CPFL firmou Termo de Ajustamento de Conduta (TAC) com o Ministério Público Federal para fins de dar cumprimento à condenação imposta na Ação Civil Pública nº 0004107-14.1999.4.03.6108, no bojo do qual assumiu o compromisso de pagar o valor de R$ 4.500.000,00 (quatro milhões e quinhentos mil reais), em pecúnia, destinados ao desenvolvimento de projetos capazes de influenciar na realidade de problemas sociais identificados pelo Ministério Público Federal;

2. **considerando** que, dentre as temáticas de projetos a serem contemplados com tais recursos estão iniciativas que visem promover ações voltadas à promoção de saúde, conforme previsto na alínea "g" da Cláusula Terceira do referido TAC;

3. **considerando** que a Maternidade Santa Isabel é referência no atendimento médico especializado para 18 municípios da região ligados ao Departamento Regional de Saúde de Bauru (DRS-VI) em partos de alto risco, partos de baixo risco e cirurgias ginecológicas para a população bauruense, trabalho realizado inteiramente voltado às usuárias do SUS (Sistema

Assinado digitalmente em 19/07/2022 17:02. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 951E3365.0C6177CE.4D99E9F5.EF95FB5A

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BAURU-SP

Único de Saúde);

4. **considerando** que o direito ao planejamento familiar é um direito constitucionalmente resguardado (7º do art. 226 da Constituição Federal) e regulamentado pela Lei nº 9.263/1996, sendo amplamente reconhecidos os riscos relacionados a gestações não planejadas para a mulher e para os bebês, repercussões com impacto ainda maior quando se cuida de mulheres em situação de vulnerabilidade econômica e social;

5. **considerando** que, em todo o mundo, anualmente, 74 milhões de mulheres vivendo em países de rendas baixa e média engravidaram sem intenção, quadro que causou 25 milhões de abortos em condições inseguras e 47 mil mortes maternas no período de 2005-2014, tendo sido constatado pela Organização Mundial da Saúde que elevados índices de gravidez indesejada resultam da falta de serviços de planejamento familiar (disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2019/10/1692151>, acesso aos 02/05/2022, doc. em anexo). Estima-se que no Brasil cerca de 62% das mulheres já tiveram ao menos uma gravidez não planejada — índice revelado por uma pesquisa da Bayer, em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e realização pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria) (disponível em <https://www.bayer.com.br/pt/blog/gravidez-nao-planejada-atinge-62-mulheres-brasil#:~:text=Cerca%20de%2062%25%20das%20mulheres,Intelig%C3%Aancia%20em%20Pesquisa%20e%20Consultoria)>, acesso aos 02/05/2022, doc. em anexo);

6. **considerando** os dados apresentados pela Maternidade Santa Isabel de que o custo de uma gravidez não planejada no Brasil é de R$ 2293,00, sendo que o governo gasta mais de 4 bilhões de reais ao ano com gestações não planejadas (até o parto);

7. **considerando** o teor do §1º do Art. 5º da Resolução nº 179/2017 do Conselho Nacional do Ministério Público – CNMP, que ao regulamentar o § 6º do art. 5º da Lei nº 7.347/1985, disciplina a tomada do compromisso de ajustamento de conduta, autorizando a destinação dos recursos provenientes das indenizações pecuniárias e liquidações de multas a projetos de prevenção ou reparação de danos a direitos ou interesses difusos e coletivos ao apoio a entidades cuja finalidade institucional inclua a proteção aos direitos ou interesses difusos;

8. **considerando** os projetos apresentados pela Diretoria da Maternidade Santa Isabel, para a realização de avaliação das taxas de continuidade e satisfação no uso de métodos contraceptivos de ação prolongada — dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) e implante liberador de etonogestrel — inseridos no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo, sob a justificativa de que a disponibilização desses métodos contraceptivos, com o devido acompanhamento da satisfação da paciente, pode contribuir sobremaneira para a manutenção do uso, levando a melhorias e redução das taxas de gestações não planejadas, aumentando também o intervalo intergestacional;

9. **considerando** que a Maternidade Santa Isabel realiza cerca de 300 partos por mês, atendendo pacientes do município e da região, e com os projetos apresentados realiza orientação das puérperas acerca dos métodos contraceptivos de longa ação reversível disponíveis, bem como da possibilidade de sua inserção já no puerpério imediato, antes da alta hospitalar, em especial os implantes de etonogestrel e o DIU-Cu;

10. **considerando** que a formalização de acordo de cooperação viabilizará a consecução de finalidades de interesse público e recíproco entre as partes;

CELEBRAM o presente COMPROMISSO, com o qual a **MATERNIDADE SANTA ISABEL** e a **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP** assumem, perante o Ministério Público Federal (MPF), a

Assinado digitalmente em 19/07/2022 17:02. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 951E3365.0C6177CE.4D99E9F5.EF95FB5A

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BAURU-SP

obrigação de garantir transparência e boa governança na aplicação dos recursos provenientes da doação, assim como a efetividade de sua aplicação, de acordo com os seguintes termos, mediante as cláusulas e condições seguintes:

DO OBJETO

CLÁUSULA PRIMEIRA. O presente instrumento tem por objeto a manutenção, pela MATERNIDADE SANTA ISABEL, de projeto de avaliação das taxas de continuidade e satisfação no uso de métodos contraceptivos de ação prolongada — dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) e implante liberador de etonogestrel — inseridos no pós-parto imediato, com recursos doados pela Companhia Paulista de Força e Luz – CPFL, a partir de indicação do projeto pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, com gestão administrativa e financeira de atividades previstas neste ajuste e nos seus anexos pela FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP.

DAS OBRIGAÇÕES

CLÁUSULA SEGUNDA. A MATERNIDADE SANTA ISABEL aceita a doação do valor necessário para a execução da iniciativa objeto do presente termo, no montante total de R$ 500.200,00 (quinhentos mil e duzentos reais).

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A MATERNIDADE SANTA ISABEL utilizará os valores doados exclusivamente para financiar os projetos de avaliação das taxas de continuidade e satisfação no uso de métodos contraceptivos de ação prolongada — dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) e implante liberador de etonogestrel — inseridos no pós-parto imediato em pacientes da Maternidade.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Os recursos serão aportados de acordo com o proposto nos projetos apresentados, da seguinte forma:

a. aquisição de 600 (seiscentos) implantes de etonogestrel para inserção em pacientes ao longo de 12 (doze) meses;

b. realização de 400 (quatrocentos) exames de ultrassonografia transvaginal para acompanhamento da implantação de dispositivos intrauterinos (fornecidos pelo SUS) a serem realizados em pacientes beneficiadas pelo projeto, no período de 24 meses;

c. aquisição de preservativos e gel para a realização do exame de ultrassom a que se refere a alínea “b”.

PARÁGRAFO TERCEIRO. A FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP, na condição de gestora dos recursos doados, com relação à execução do projeto, notadamente para a aquisição dos materiais necessários, observará as disposições aplicáveis previstas na Lei nº 8.666/93, da Lei 12.232/2010 e da Lei nº 14.133/2021, nos termos do art. 50, II do Regimento de Compras da FAMESP e do art. 59, parágrafo único de seu Regimento Interno.

CLÁUSULA TERCEIRA. O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL se compromete, no prazo máximo de cinco dias da assinatura do presente Termo de Doação e Cooperação, a expedir ofício à CPFL formalizando a indicação da FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP como destinatária beneficiada pela doação de R$ 500.200,00, com imediata comunicação da indicação à

Assinado digitalmente em 19/07/2022 17:02. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 951E3365.0C6177CE.4D99E9F5.EF95FB5A

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BAURU-SP

MATERNIDADE SANTA ISABEL e a FAMESP.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Os recursos serão depositados pela CPFL, na Conta XXXX, no prazo de 10 dias da comunicação da indicação formalizada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, nos termos do que preveem os Parágrafos Segundo e Quinto da Cláusula Terceira do Termo de Ajustamento de Conduta celebrado entre a CPFL e o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.

CLÁUSULA QUARTA. A gestão administrativa e financeira dos valores doados para a execução do presente Termo de Cooperação será realizada pela FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR – FAMESP, competindo a ela (FAMESP):

a. realizar a administração dos recursos provenientes da doação concretizada em razão do presente instrumento;

b. realizar a prestação de contas final e disponibilizar ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL cópia do procedimento formalizado para a compra dos materiais e serviços indicados no PARÁGRAFO SEGUNDO da CLÁUSULA SEGUNDA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O valor doado será depositado pela CPFL na Conta 475-8, Agência 8058-6 – Botucatu SP, Banco 001 (Banco do Brasil) e servirá exclusivamente ao financiamento da execução dos Projetos ANEXO I pela MATERNIDADE SANTA ISABEL, estimados em R$ 500.200,00 (quinhentos mil e duzentos reais).

CLÁUSULA QUINTA. A MATERNIDADE SANTA ISABEL se compromete a disponibilizar ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL todos os resultados, dados, documentos e elementos de informação coletados durante a realização do projeto objeto deste Acordo (ressalvado o sigilo médico-paciente), bem como a remeter cópia do material resultante de eventual produção científica, como artigos publicados em jornais e revistas, sites, vídeos, blog e palestras.

CLÁUSULA SEXTA. A MATERNIDADE SANTA ISABEL poderá, fundamentadamente, propor ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL a alteração do Plano de Trabalho dos projetos beneficiados pela doação. O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL poderá recusar, fundamentadamente, a proposta de alteração.

DA VIGÊNCIA E DOS PRAZOS

CLÁUSULA SÉTIMA. O presente Termo de Cooperação entrará em vigor na data de sua assinatura e terá duração de dois anos, podendo ser prorrogado mediante Termo Aditivo, desde que haja interesse entre as partes, respeitando o prazo de comunicação prévia de 60 dias.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A implementação e desenvolvimento dos Projetos do ANEXO I, objeto deste Termo de Cooperação, deverão ocorrer no prazo de vigência deste instrumento, isto é, no prazo máximo de dois anos, prazo que poderá ser prorrogado por acordo das partes.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Todos os prazos previstos neste COMPROMISSO se contam da data de assinatura deste Termo.

DA FISCALIZAÇÃO E DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

Assinado digitalmente em 19/07/2022 17:02. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 951E3365.0C6177CE.4D99E9F5.EF95FB5A

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BAURU-SP

CLÁUSULA OITAVA . As obrigações resultantes deste Acordo de Cooperação Técnica deverão ser executadas fielmente pelas partes, de acordo com as condições avençadas e as normas legais pertinentes.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. A execução do presente Termo será acompanhada pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL, no âmbito da Procuradoria da República no Município de Bauru, no Procedimento Administrativo nº 1.34.003.000119/2022-32.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A MATERNIDADE SANTA ISABEL, pela Coordenadora do Projeto objeto do ANEXO I, compromete-se a remeter relatório semestral das atividades executadas, com informações a respeito do número de pacientes atendidas pelo projeto, bem como prestar de contas dos recursos já aportados no projetos.

PARÁGRAFO TERCEIRO. Faculta-se ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL obter, a qualquer tempo, mediante solicitação, cópia das notas fiscais e/ou recibos de pagamento, e quaisquer outros documentos relativos às atividades realizadas para a implementação do projeto objeto deste termo e detalhado no ANEXO I.

CLÁUSULA NONA. A FAMESP, na aplicação dos recursos recebidos em razão deste Termo de Compromisso, fica sujeita também à fiscalização e controle do Ministério Público do Estado de São Paulo e do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, sem prejuízo da adoção, pelo Ministério Público Federal, das medidas judiciais cabíveis caso seja identificado descumprimento injustificado das disposições deste acordo.

CLÁUSULA DÉCIMA. Situações decorrentes de caso fortuito ou força maior que atrasem ou impeçam o cumprimento dos compromissos assumidos neste Termo deverão ser imediatamente comunicados e justificados ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA. O COMPROMISSO da MATERNIDADE SANTA ISABEL e da FAMESP, vinculado ao presente Termo, encerrar-se-á com a aplicação integral dos recursos provenientes da doação, assim como a final apresentação ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL de relatório de prestação de contas.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA. A MATERNIDADE SANTA ISABEL, a FAMESP e o MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL buscarão resolver qualquer dúvida ou controvérsia relativa ao presente COMPROMISSO pela via extrajudicial. Em caso de não resolução extrajudicial, após o esgotamento de mesa de entendimentos ou a recusa de qualquer das partes em dela participar, qualquer lide relativa ao presente ajuste será dirimida perante a Justiça Federal em Bauru – 8ª Subseção Judiciária do Estado de São Paulo.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA. A celebração e execução deste Termo de Compromisso não conflita ou resulta em violação de qualquer disposição de qualquer outro acordo ou ajuste do qual são partes o Ministério Público Federal e a MATERNIDADE SANTA ISABEL.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA . Fica autorizada a divulgação do presente Termo de Cooperação para terceiros e público em geral, ficando vedada a utilização de nomes, símbolos ou imagens que, de alguma forma, descaracterizem o interesse público e se confundam com promoção de natureza pessoal de agentes públicos.

E, por estarem assim justos e de acordo, as partes firmam o presente Acordo de Cooperação, com assinatura eletrônica, para que produza os efeitos legais, em juízo e fora dele.

Assinado digitalmente em 19/07/2022 17:02. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 951E3365.0C6177CE.4D99E9F5.EF95FB5A

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL
PROCURADORIA DA REPÚBLICA NO MUNICÍPIO DE BAURU-SP

Bauru, 10 de maio de 2022.

PEDRO ANTONIO DE OLIVEIRA MACHADO
Procurador da República

Prof. Dr. ANTONIO RUGOLO JUNIOR
Diretor Presidente da FAMESP

Dra. VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES
Diretora Técnica da Maternidade Santa Isabel e Coordenadora do Projeto

Assinado digitalmente em 19/07/2022 17:02. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 951E3365.0C6177CE.4D99E9F5.EF95FB5A

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PRM-BAU-SP-00003119/2022 TERMO DE COOPERAÇÃO**

Signatário(a): **PEDRO ANTONIO DE OLIVEIRA MACHADO**
Data e Hora: **20/07/2022 11:43:49**
Assinado com certificado digital

Signatário(a): **ANTONIO RUGOLO JUNIOR**
Data e Hora: **19/07/2022 17:02:20**
Assinado com certificado digital

Signatário(a): **VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES**
Data e Hora: **20/07/2022 09:42:01**
Assinado com login e senha

Acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave 951e3365.0c6177ce.4d99e9f5.ef95fb5a

Diretoria Técnica
Ofício nº 11/2022

Bauru, 18 de abril 2022.

Exmo. Sr. Dr. Pedro Antonio de Oliveira Machado
Procurador da República
Ministério Público Federal

Excelentíssimo Senhor,

As gestações não planejadas estão associadas a vários prejuízos para a saúde materna, neonatal e infantil. Estima-se que 41% das gestações mundiais não são planejadas e em grupos vulneráveis, como adolescentes, mulheres com doenças associadas e usuárias de drogas, esta taxa é ainda maior, chegando a mais de 90%. Muitas mulheres engravidam nos primeiro e segundo anos pós-parto, tornando ainda mais difícil a reintegração da mãe à escola e/ou ao mercado de trabalho.

Encaminhamos dois projetos que visam aumentar a oferta de métodos contraceptivos no pós parto imediato, reduzindo a incidência de gestação não planejada e sua recorrência na população em idade reprodutiva do município de Bauru e região, atendidas na Maternidade Santa Isabel.

No projeto denominado “Avaliação das taxas de continuidade e satisfação do Implante liberador de etonogestrel inserido no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo”, solicitamos a compra do implante para ofertarmos esse metodo para toda população. Neste projeto estamos ofertando para pacientes vulneraveis atraves

da verba obtida atraves de ementa parlamentar da deputada Tabata Amaral, para dois anos de material.

O outro projeto denominado “Avaliação das taxas de continuidade e satisfação do dispositivo intrauterino de cobre inserido no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo”, a verba solicitada é para pagamento de exame de ultrassonografia que deve ser realizado um mês após o parto. O DIU é oferecido pelo Ministério da Saúde e neste momento recebemos 300 DIUs pós parto, obtido por uma doação da empresa DKT atraves de uma reunião com a Diretora Técnica da MSI.

Solicitamos especial atenção aos potenciais benefícios, diretos e indiretos, de curto e médio prazo, ao longo do qual esperamos observar diminuição da frequencia de gestação não desejada da nossa população.

Atenciosamente,

Dra. Vera Therezinha Medeiros Borges

Diretora Técnica e Coordenadora do Projeto

Maternidade Santa Isabel

Avaliação das taxas de continuidade e satisfação do dispositivo intrauterino de cobre inserido no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo

Equipe de Trabalho: Vera Therezinha Medeiros Borges[1]; Mariane Nunes de nadai[2], Enio Luis Damaso[2]

1. Professora Associada do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Diretora Técnica da Maternidade Santa Isabel/ Bauru.

2. Professor(a) do curso de medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, FOB USP. Coordenadora de Obstetrícia da Maternidade Santa Isabel/ Bauru.

Local de Trabalho: Maternidade Santa Isabel – Bauru - SP

Bauru - SP
2022

Avaliação das taxas de continuidade e satisfação do dispositivo intrauterino de cobre inserido no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo

Introdução

A gravidez é um evento que, sob quaisquer condições, gera profundas alterações na vida da mulher, sejam elas psicológicas, hormonais, físicas, sociais e emocionais. Sentimentos como medo, dúvidas, angústias ou simplesmente curiosidade são muito comuns na grande maioria das futuras mães[1]. Em uma gravidez não planejada, porém, estas modificações podem vir carregadas de um amplo espectro negativo, que pode prejudicar tanto a saúde da mãe quanto do feto. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os riscos que carrega consigo estão: pré natal inadequado[2,3], riscos de aborto inseguro[4], redução dos índices de amamentação, aumento dos índices de parto pré termo, além de reflexos socioeconômicos, como baixo nível de potencial escolar e profissional e pobreza[5]. Tais repercussões são ainda mais impactantes quando se trata de grupos específicos de pacientes como adolescentes [6], usuárias de drogas ou pacientes em outra situação de vulnerabilidade [7].

O uso de contraceptivos é uma decisão que deve ser tomada pela paciente em conjunto com seu médico, após devida orientação quanto a possibilidades de uso, riscos e benefícios [8]. Muitas vezes, porém a falta de acesso aos métodos escolhidos pode levar a mulher a não utilizar corretamente um método contraceptivo, levando a uma nova gestação não planejada. As taxas de gravidez com métodos de longa ação reversíveis estão entre as mais baixas entre todos os métodos reversíveis e permanentes de contracepção, já que não depende do uso correto por parte da mulher [9–11]. Desta forma, seu uso deve ser incentivado e corretamente orientado e ofertado, contribuindo assim para melhorias no planejamento familiar.

O dispositivo intrauterino (DIU) é um método contraceptivo seguro, reversível e eficaz, associado a poucos efeitos colaterais[12]. As mulheres que desejam iniciar a contracepção no pós-parto imediato podem se beneficiar da inserção do DIU para reduzir os riscos de uma gravidez não planejada e de um indesejável intervalo curto entre os partos[13].

Gestações não planejadas podem levar a uma ampla gama de riscos à saúde da mãe e do filho, como desnutrição, doença, abuso, negligência e até aumento de mortalidade materna e fetal[24]. O custo de uma gravidez não planejada no Brasil é de R$2293,00. O governo gasta cerca de 4,1 bilhões de reais ao ano com gestações não planejadas (até o parto)[25]. Sabemos que um menor intervalo intergestacional pode ser extremamente prejudicial à mãe e ao futuro concepto [26,27]. Gestações sequenciais podem cursar com complicações maternas e fetais, como baixo peso ao nascer[27], prematuridade[27], maior mortalidade neonatal[26–28] e infantil[28], corioamniorexe prematura[29], diabetes gestacional[13,29], obesidade[13] e maior risco de pré-eclâmpsia[30]. Desta forma, o momento do parto pode ser um cenário interessante para oferecimento e inserção de um método contraceptivo, em especial os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação.

Os LARCs são altamente eficazes[11], podendo ser utilizados e oferecidos no pós parto imediato [19,31–34]. Entre eles, o implante contraceptivo liberador de etonogestrel (ENG) é um dispositivo contendo apenas progestagênio, apresentando taxa de falha de 0,05% e de continuidade de 84% em um ano [35]. Tem duração contraceptiva de pelo menos 3 anos (de acordo com a bula), porém há estudos mostrando eficácia em até 5 anos de uso[36]. Desta forma, é considerado um excelente método anticoncepcional.

Assim, ao oferecer contracepção no puerpério imediato, especialmente nos casos de vulnerabilidade social, podemos contribuir para o aumento deste intervalo intergestacional e redução de gestações não planejadas, resultando em inúmeros benefícios para a mãe e para o bebê. O DIU é um método interessante para mulheres com dificuldade de acesso aos serviços de saúde, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade social e que acabam adotando contracepção menos efetivas [7,14].

Além disso, outros aspectos convenientes para a inserção do dispositivo nesse período são a segurança da nutriz, do recém-nascido e a ausência de prejuízo à amamentação[15–17].

A inserção de DIU pós-parto imediato, ou seja, até 48h pós concepção, produz uma melhor continuidade ao longo do tempo do que apenas contando com a visita pós parto para iniciar o uso do DIU[18,19]. Ao comparar a inserção tardia do DIU (6 semanas ou mais após o parto) com a colocação pós-placentária do mesmo (até 10 minutos pós-parto), constatou-se uma utilização 43% maior do dispositivo quando inserido no período pós-parto[20]. Verificou-se que houve alta taxa de abstenção das puérperas na consulta pós-parto[21–23].

A manutenção do contraceptivo escolhido no puerpério também é sobremaneira importante, pois a insatisfação da paciente frente ao produto ou sua remoção precoce pode ser um fator determinante em uma nova gestação não planejada. Estudos mostram que as taxas de aceitação, satisfação e continuidade dos LARCs iniciados no período puerperal são altas [37–39,39], o que nos mostra que estes podem e devem ser oferecidos para puérperas que assim desejarem.

A Maternidade Santa Isabel, em Bauru -SP, realiza cerca de 300 partos por mês, atendendo pacientes do município e da região. Considerando que, após orientação adequada, grande parte das puérperas possa se interessar em inserir um LARC já no puerpério imediato[37], consideramos abranger e beneficiar um grande número de pacientes oferecendo contraceptivos de longa ação reversíveis (LARCs) antes da alta hospitalar. Desta forma, ao avaliarmos estas pacientes no decorrer do primeiro ano após a inserção do dispositivo, buscaremos avaliar o grau de satisfação e continuidade deste método nesta população.

Justificativas

Avaliar a satisfação e continuidade do método contraceptivo escolhido pela paciente pode contribuir sobremaneira para a manutenção do uso, levando a melhorias e redução das taxas de gestações não planejadas, aumentando também o intervalo intergestacional.

Objetivos

- Objetivo primário

Avaliar taxas de satisfação e continuidade do uso do DIU-Cu como método contraceptivo inserido no puerpério imediato.

- Objetivo secundário

Avaliar outros dados relacionados ao uso do DIU-Cu no puerpério imediato, como fatores que influenciaram na escolha e impressões gerais acerca do método durante o período de uso.

Materiais e métodos

Durante a avaliação de rotina da equipe assistencial ao longo da consulta de pronto atendimento e internação na Maternidade Santa Isabel, as pacientes serão avaliadas e orientadas sobre a possibilidade de utilização de LARCs no puerpério imediato. Dentre as opções oferecidas, aquelas que optarem pelo uso do DIU-Cu terão o dispositivo inserido gratuitamente antes da alta hospitalar, dentro de 48 horas do momento do parto, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Após a alta hospitalar, as pacientes serão encaminhadas ao ambulatório de ultrassom para realização de exame ultrassonográfico para visualização do DIU-Cu em 4 a 8 semanas da inserção. Após confirmação do posicionamento correto do DIU-Cu, será liberada para atividade sexual sem necessidade de outras medidas contraceptivas concomitantes. Caso o DIU-Cu esteja em posição anômala, será encaminhada para unidade de saúde para remoção do DIU-Cu e nova inserção, caso opte por manter o mesmo método contraceptivo.

Posteriormente à inserção do dispositivo, serão realizadas avaliações, através de contato telefônico, em 3 meses, 6 meses e 12 meses a contar da data da inserção do DIU-Cu Em cada um destes momentos será realizado um questionário (Anexo 1) para mensurar satisfação quanto ao método utilizado, bem como questionamento quanto ao desejo de continuar utilizando o dispositivo. Caso haja necessidade, as pacientes serão avaliadas presencialmente na Maternidade Santa Isabel.

Critérios de inclusão

Puérperas que tenham dado à luz na Maternidade Santa Isabel, que manifestem desejo de uso do DIU-Cu após orientações contraceptivas.

Critérios de exclusão

Serão considerados critérios de exclusão para inserção do DIU-Cu no período puerperal imediato:

- Contraindicação segundo critérios da OMS[40]
- Pacientes com dificuldade de retorno para monitorização do DIU-Cu
- Período acima de 48h ou antes de 4 semanas do parto
- Corioamnionite
- Sepse puerperal
- Endometrite puerperal
- Bolsa rota prolongada (acima de 18 horas)
- Trauma genital extenso
- AIDS
- Alto risco de infecção por clamídia e/ou gonococo
- Câncer de colo uterino, ovário ou endométrio
- Distorção da cavidade uterina
- Tuberculose pélvica
- Doença trofoblástica gestacional

Riscos

Os possíveis riscos às voluntárias são:
- decorrentes da inserção do DIU-Cu: falha contraceptiva, perfuração, infecção, dor, desconforto;

- decorrentes da aplicação do questionário: invasão de privacidade; constrangimento ao responder questões sensíveis, como aquelas relacionadas à vida pessoal; o cansaço ou aborrecimento diante das perguntas; riscos relacionados à divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE); riscos de quebra do sigilo quanto a dados clínicos e pessoais; além do tempo tomado para as resposta, interferindo na rotina da voluntária, em torno de quinze minutos.

Benefícios

As voluntárias poderão contribuir para conhecimento acerca de contracepção puerperal, beneficiando assim esta e futuras gerações acerca do uso de contraceptivos imediatamente após o parto. Além disto, a inserção de um contraceptivo altamente eficaz já no período puerperal pode contribuir para anticoncepção efetiva e redução das taxas de gestações não planejadas.

Análise estatística

Será feita análise descritiva das variáveis listadas. Para avaliação analítica dos dados, serão usados os testes *t* de Student (para variáveis independentes) e regressão linear de efeitos mistos para as variáveis quantitativas. As taxas de descontinuidade e continuidade serão avaliadas pelo método de Kaplan-Meier. Para variáveis qualitativas será usado os testes de Fisher e Qui-Quadrado, além de regressão logística se necessário.

Nas análises possíveis, será feita análise por intenção de tratar e por protocolo. Em caso de necessidade de imputar dados, será utilizado o *last observation carried forward*.

Será considerado um erro tipo 1 de 5% e um erro tipo 2 de 20% (poder de 80%) para todos os cálculos do projeto. Em casos de desfechos não previstos, será feito ajuste do valor de p para teste de múltiplas hipóteses.

Orçamento

Material	**Valor unitário**	**Valor total**
Ultrassom transvaginal	R$ 120,00	R$ 48.000,00
Preservativo do ultrasom	R$ 4,00	R$ 1600,00
Gel do ultrasom	R$ 60,00	R$ 600,00
Total	R$ 50.200,00	

Os dispositivos intrauterinos são fornecidos pelo SUS e não possuem custo para o projeto.

Considerando a inclusão de uma média de 15 a 20 pacientes ao mês, em um período de 24 meses, calculamos um total de 400 pacientes a serem beneficiados com este projeto.

Cronograma

	Primeiro semestre 2022	Segundo semestre 2022	Primeiro semestre 2023	Segundo semestre 2023	Primeiro semestre 2024	Segundo semestre 2024
Revisão bibliográfica	X					
Submissão ao CEP	X					
Inserção dos DIUs	X	X	X	X		
Questionários de satisfação e aceitabilidade		X	X	X	X	
Análise dos dados						X
Relatório final						X

Anexos

Anexo 1: Questionário de satisfação, aceitabilidade e continuidade

Questionário de satisfação e aceitabilidade clínica

Questionário I (3 meses)

Número da paciente no projeto: _____
Data da inserção do DIU Cu: _____/_____/_____
Data do questionário: _____/_____/_____

1. Você realizou ultrassom?

( )Não

( ) Sim Data do us: _____

Resultado (.) normoposicionado. (.) malposicionado

2. Você continua utilizando o DIU Cu?

( ) Sim

( )Não Motivo da remoção: _____

3. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( )Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

4. Você já conhecia este método antes do mesmo ser oferecido pela equipe da maternidade?

(.) Sim

(.) Não

5. Você conversou sobre contracepção após o parto com seu médico durante o pré natal?

(.) Sim

(.) Não

6. Qual foi a influência do fato de ser gratuito para sua escolha deste método:

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

7. Qual foi a influência da baixa chance de falha (alta eficácia) do DIU Cu na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

8. Qual foi a influência da duração (10 anos) do DIU Cu na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

9. Qual foi a influência do DIU Cu ser um anticoncepcional que "não precisa de lembrar de usar todo dia" na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

10. Qual foi a influência do DIU Cu não ser percebido por outras pessoas na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

11. Qual foi a importância da opinião do seu parceiro na sua decisão de usar este método?

( ) Não tenho parceiro

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

12. Qual a importância da opinião da sua família (mãe, pai, irmãos, etc) na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

( ) Não sei ou não perguntei

13. Depois que você colocou o DIU Cu, qual é a opinião do seu parceiro sobre esse anticoncepcional?

( ) Não tenho parceiro

( ) Ele não gosta do DIU

( ) Ele não opina sobre o DIU

( ) Ele gosta do DIU

( ) Não sei ou não perguntei

14. Depois que você colocou o DIU Cu, qual é a opinião da sua família (mãe, pai, irmãos, etc) sobre esse anticoncepcional?

( ) A maioria da minha família não gosta do DIU

( ) Minha família não opina sobre o DIU

( ) A maioria da minha família gosta do DIU

( ) Não sei ou não perguntei

15. Quanto à dor durante a inserção do DIU Cu, ela foi:

( ) Não tive dor

( ) Leve

( ) Moderada

( ) Intensa

( ) Não me lembro

16. Como você se sente com relação ao fato do DIU Cu necessitar ser retirado por um profissional de saúde?

a. ( ) Não me incomoda
b. ( ) Pouco incomodada
c. ( ) Moderadamente incomodada
d. ( ) Muito incomodada

17. Comparando o DIU Cu com o método contraceptivo que você usava antes da gestação, você diria que está:

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

18. Você recomendaria o DIU Cu a uma amiga ou familiar?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

19. Quando seu DIU Cu vencer, você pretende trocar por um novo DIU?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

20. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?

( ) Muito insegura

( ) Insegura

( ) Indiferente /neutra

( ) Segura

( ) Muito segura

21. Em tendo escolhido o DIU Cu como método contraceptivo, caso fosse oferecido a opção de colocar em outro momento, você preferiria que ele tivesse sido inserido:

(.) antes da alta hospitalar, conforme foi realizado

(.) na consulta de puerpério em cerca de 40 dias após o parto

22. Você está amamentando?

(.) sim, amamentação exclusiva

(.) sim, mas meu bebê também toma fórmula láctea e/ou ingere comida

(.) não

23. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do DIU Cu?

(.) não menstruei desde a inserção

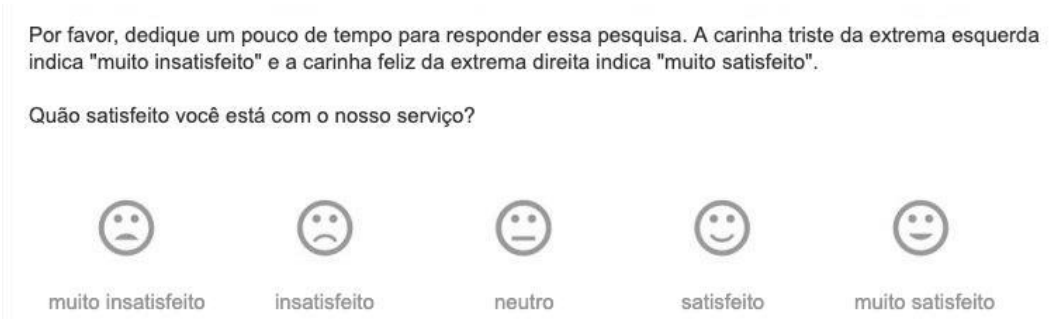
(.) menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

(.) estou sangrando continuamente desde a inserção

24. Como está seu nível de satisfação global (envolvendo todas as características) com o DIU Cu?



( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente /neutra

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

25. Você deseja remover o DIU Cu?

( ) Sim

( )Não Motivo: _____

Questionário II (6 meses)

Número da paciente no projeto: _____
Data da inserção do DIU: _____/_____/_____
Data do questionário: _____/_____/_____

1. Você continua utilizando o DIU Cu?

( ) Sim

( )Não Motivo da remoção: _____

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( )Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

( ) Não sei ou não perguntei

3. Como você se sente em relação à presença do DIU Cu dentro de seu útero?

a. ( ) Não me incomoda
b. ( ) Pouco incomodada
c. ( ) Moderadamente incomodada
d. ( ) Muito incomodada

4. Comparando o DIU Cu com o método contraceptivo que você usava antes da gestação, você diria que está:

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

5. Você recomendaria o DIU Cu a uma amiga ou familiar?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

6. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?

( ) Muito insegura

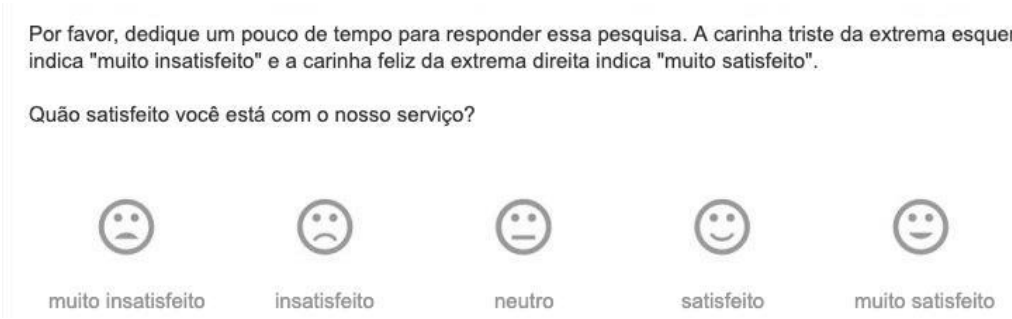
( ) Insegura

( ) Indiferente /neutra

( ) Segura

( ) Muito segura

7. Como está seu nível de satisfação global (envolvendo todas as características) com o DIU?



( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente /neutra

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

8. Você está amamentando?

(.) sim, amamentação exclusiva

(.) sim, mas meu bebê também toma fórmula láctea e/ou ingere comida

(.) não

9. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do DIU?

(.) não menstruei desde a inserção

(.) menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

(.) estou sangrando continuamente desde a inserção

10. Você deseja remover o DIU?

( ) Sim

( )Não Motivo: _____

Questionário III (12 meses)

Número da paciente no projeto: _____
Data da inserção do DIU Cu: _____/_____/_____
Data do questionário: _____/_____/_____

1. Você continua utilizando o DIU Cu?

( ) Sim

( )Não Motivo da remoção: _____

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( )Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

( ) Não sei ou não perguntei

3. Como você se sente em relação à presença do DIU em seu útero?

a. ( ) Não me incomoda
b. ( ) Pouco incomodada
c. ( ) Moderadamente incomodada
d. ( ) Muito incomodada

4. Comparando o DIU Cu com o método contraceptivo que você usava antes da gestação, você diria que está:

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

5. Você recomendaria o DIU Cu a uma amiga ou familiar?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

6. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?

( ) Muito insegura

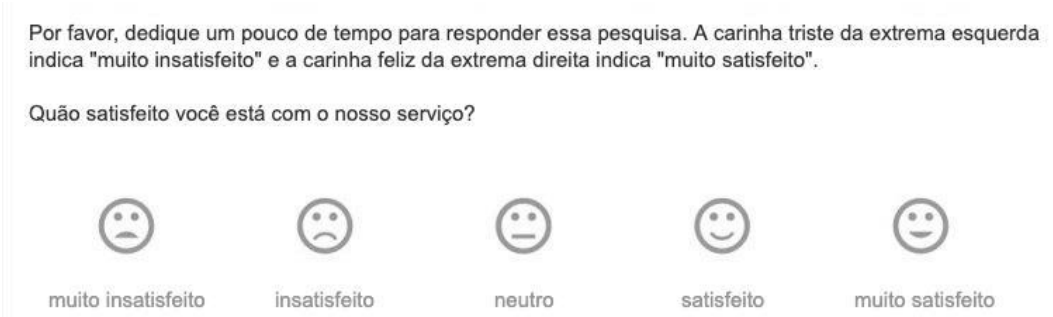
( ) Insegura

( ) Indiferente /neutra

( ) Segura

( ) Muito segura

7. Como está seu nível de satisfação global (envolvendo todas as características) com o DIU?



( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente /neutra

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

8. Você está amamentando?

(.) sim, amamentação exclusiva

(.) sim, mas meu bebê também toma fórmula láctea e/ou ingere comida

(.) não

9. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do DIU?

(.) não menstruei desde a inserção

(.) menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

(.) estou sangrando continuamente desde a inserção

10. Você deseja remover o DIU?

( ) Sim

( )Não Motivo: _____

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO. PARA INSERÇÃO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO NO PÓS PARTO

Eu, paciente _____, nascida em ___/ ___/ _____ portadora do documento de identidade nº _____, inscrita no CPF nº_____, idade _____ anos, telefone (__)_____.

DECLARO para os devidos fins e sob as penas de lei que eu, acima identificada e adiante assinada, fui orientada de maneira clara e compreensível sob todas as implicações e consequências da inserção do método contraceptivo pós parto (Dispositivo intrauterino de cobre – DIU Cu) e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.

DECLARO ainda que fui orientada sob os riscos inerentes ao método escolhido (entre eles falha do método, alterações do ciclo menstrual e sangramentos ou infecção local).

DECLARO também estar ciente que a porcentagem de erros e/ou falhas do método podem variar entre 0,3 e 3,3%, havendo possibilidade de engravidar após sua inserção. Pelo qual, portanto, EXIMO de qualquer responsabilidade à equipe da Maternidade Santa Isabel sobre eventuais falhas e complicações.

DECLARO ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a inserção do método contraceptivo.

DECLARO ter sido orientada sobre a possibilidade da equipe de saúde entrar em contato por telefone posteriormente a minha alta hospitalar para questionários acerca de minha opinião, queixas e dúvidas acerca do método contraceptivo escolhido.

DECLARO ter sido orientada sobre as seguintes informações acerca do DIU no pós parto:

- Inserir o DIU logo após o parto não aumenta a chance de infecção no útero se comparado com a inserção fora do período do parto.

- Comparado com a inserção fora do período do parto, o único risco que aumenta com a inserção logo após o parto é o de ser expulso. De cada 100 (cem) DIUs inseridos no pós-parto, 9 a 16 vão ser expulsos (9 em cada 100 inseridos pós-cesárea e 16 em cada 100 inseridos pós-parto normal). A expulsão na inserção fora do período do parto é de 5 DIUs para cada 100 DIUs inseridos. Em ambas as situações, a expulsão não é preocupante e a maioria das mulheres consegue perceber a expulsão e avisar o profissional de saúde. Um novo DIU pode ser inserido nesta situação, caso você queira.
- O DIU de cobre pode aumentar a quantidade de sangramento. Este aumento é temporário e não provoca anemia. Em geral, ocorre nos primeiros 3 a 6 meses. O sangramento menstrual não é diferente do que apresentaria se inserisse o DIU fora do período do parto.
- Quando o DIU é inserido, há uma chance muito baixa de haver perfuração uterina no momento da inserção. Esta chance é de 1 a 6 casos para cada 1000 (mil) DIUs inseridos.

- Dentre as vantagens, o DIU proporciona anticoncepção imediata (ou seja, já funciona desde o momento em que é inserido no útero), não interfere com a amamentação e, se colocado no pós-parto, pode evitar o desconforto e dor relacionados à inserção depois desse período. O DIU é considerado um método altamente eficaz e tem 6 a 8 falhas por cada 1000 (mil) mulheres que usam o DIU, muito semelhante à laqueadura tubária. O DIU não muda a chance de ter uma nova gravidez se você o retirar.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também esclarecidas todas as minhas dúvidas, DECLARO estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento e seu dispositivo. Concordando com as condutas médicas necessárias para sua realização.

Assim, AUTORIZO a equipe da Maternidade Santa Isabel a inserir o Dispositivo Intrauterino (conhecido como DIU) de Cobre no pós-parto imediato, logo após a saída da placenta ou antes de 48 horas do parto.

Assinatura da paciente: _____

Assinatura do responsável pela paciente: _____

Assinatura/Carimbo do Médico: _____

Bauru, _____de _____de_____.

_____
Assinatura paciente/responsável

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

O procedimento descrito, incluindo todos os riscos e complicações foi por mim esclarecido à paciente, ou seu (sua) responsável, antes que este Termo de Consentimento Informado fosse assinado por ela.

Médico: _____ CRM: _____

_____

Assinatura e carimbo do médico

Anexo 3: Avaliação social da paciente

CONTRACEPÇÃO – PÓS PARTO IMEDIATO

FICHA DE INCLUSÃO DE PACIENTE

Nome: _____Tel: ( )_____

Registro Hospitalar: _____**Data do preenchimento da ficha:** _____/_____/_____

Data de nascimento: _____/_____/_____**Idade da paciente:** _____anos

Cor / Raça: ( ) branca ( ) amarela ( ) parda ( ) preta ( ) indígena

Estado civil: ( ) casada ( )união estável ( ) solteira ( ) viúva ( ) divorciada

Escolaridade: ( ) analfabeta ( ) 1º grau completo ( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau completo
( ) 2º grau incompleto ( ) superior incompleto ( ) superior completo

Situação profissional: ( ) desempregada ( ) emprego formal ( ) emprego informal
Renda familiar mensal: _____ **Nº pessoas na casa:** _____
Recebe algum tipo de Benefício Social : ( ) não ( ) sim. Qual?: _____

Paridade: nº de gestações _____

Partos: cesárea_____ normal_____fórceps_____abortos_____natimorto _____falecidos _____

Parto atual: ( ) normal/vaginal. ( ) cesárea

Realizou assistência pré-natal? ( )não ( ) sim - nº consultas_____ local:_____

Data e hora do parto: _____/_____/_____às _____hs

Dados do RN: ( ) feminino ( ) masculino - peso _____estatura _____apgar _____

Patologias na gestação: ( )não ( ) sim Qual?_____

Utilizou alguma dessas substâncias durante a gestação? ( )não ( ) sim

( ) Álcool ( ) Tabaco (cigarro) ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Outra:_____

Já foi orientada por algum profissional de saúde sobre a utilização de métodos contraceptivos antes da gestação? ( ) não ( ) sim :

Quais métodos? ( ) DIU ( ) implante subdérmico ( ) métodos orais ( ) injetáveis ( ) laqueadura ( )

Preenche critérios de inclusão ( ) Sim ( ) Não

Tem algum critério de exclusão ( ) Sim ( ) Não

Qual? _____

Data, assinatura e carimbo do profissional responsável pela entrevista social:

Referências Bibliográficas

1. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS de, Melo LPT de, Fialho AV de M. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*. 2014;19(1):115-124. doi:10.1590/1413-7372189590011
2. Singh A, Singh A, Mahapatra B. The consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in rural India: evidence from prospective data. *Matern Child Health J*. 2013;17(3):493-500. doi:10.1007/s10995-012-1023-x
3. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J*. 2015;19(5):1087-1096. doi:10.1007/s10995-014-1609-6
4. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute. Published February 9, 2018. Accessed May 11, 2020. https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017
5. Silva MCR, Gusmão FAF. OS IMPACTOS DA MATERNIDADE PRECOCE SOBRE O DESEMPENHO ESCOLAR DAS ADOLESCENTES BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DAS PESQUISAS DE 1995 A 2015. *Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional*. 2017;10(1). Accessed May 11, 2020. https://45.65.201.106/index.php/enfope/article/view/4796

6. Raidoo S, Kaneshiro B. Contraception counseling for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017;29(5):310-315. doi:10.1097/GCO.0000000000000390
7. Sorpreso ICE, Soares Júnior JM, Baracat EC. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(9):395-396. doi:10.1590/SO100-720320150005456
8. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):659-673. doi:10.1097/GRF.0000000000000059
9. Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update*. 2015;21(5):640-651. doi:10.1093/humupd/dmv023
10. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod*. 2015;30(11):2527-2538. doi:10.1093/humrep/dev221
11. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021
12. Kaneshiro B, Aeby T. Long-term safety, efficacy, and patient acceptability of the intrauterine Copper T-380A contraceptive device. *Int J Womens Health*. 2010;2:211-220. doi:10.2147/ijwh.s6914
13. Hanley GE, Hutcheon JA, Kinniburgh BA, Lee L. Interpregnancy Interval and Adverse Pregnancy Outcomes: An Analysis of Successive Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2017;129(3):408-415. doi:10.1097/AOG.0000000000001891
14. Liberty A, Yee K, Darney BG, Lopez-Defede A, Rodriguez MI. Coverage of immediate postpartum long-acting reversible contraception has improved birth intervals for at-risk populations. *Am J Obstet Gynecol*. 2020;222(4S):S886.e1-S886.e9. doi:10.1016/j.ajog.2019.11.1282
15. Averbach S, Kakaire O, McDiehl R, Dehlendorf C, Lester F, Steinauer J. The effect of immediate postpartum levonorgestrel contraceptive implant use on breastfeeding and infant growth: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2019;99(2):87-93. doi:10.1016/j.contraception.2018.10.008
16. Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril*. 2013;100(2):445-450. doi:10.1016/j.fertnstert.2013.03.039
17. Gonie A, Worku C, Assefa T, Bogale D, Girma A. Acceptability and factors associated with post-partum IUCD use among women who gave birth at bale zone health facilities, Southeast-Ethiopia. *Contracept Reprod Med*. 2018;3:16. doi:10.1186/s40834-018-0071-z
18. Kumar S, Sethi R, Balasubramaniam S, et al. Women's experience with postpartum intrauterine contraceptive device use in India. *Reprod Health*. 2014;11:32. doi:10.1186/1742-4755-11-32
19. Committee Opinion No. 670 Summary: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. *Obstet Gynecol*. 2016;128(2):422-423. doi:10.1097/AOG.0000000000001583
20. Lester F, Kakaire O, Byamugisha J, et al. Intracesarean insertion of the Copper T380A versus 6 weeks postcesarean: a randomized clinical trial. *Contraception*. 2015;91(3):198-203. doi:10.1016/j.contraception.2014.12.002

21. Weston MRS, Martins SL, Neustadt AB, Gilliam ML. Factors influencing uptake of intrauterine devices among postpartum adolescents: a qualitative study. *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(1):40.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2011.06.094
22. Woo I, Seifert S, Hendricks D, Jamshidi RM, Burke AE, Fox MC. Six-month and 1-year continuation rates following postpartum insertion of implants and intrauterine devices. *Contraception*. 2015;92(6):532-535. doi:10.1016/j.contraception.2015.09.007
23. Levi EE, Stuart GS, Zerden ML, Garrett JM, Bryant AG. Intrauterine Device Placement During Cesarean Delivery and Continued Use 6 Months Postpartum: A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*. 2015;126(1):5-11. doi:10.1097/AOG.0000000000000882
24. Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. 2020;101(1):26-33. doi:10.1016/j.contraception.2019.09.006
25. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health*. 2014;6:663-670. doi:10.2147/IJWH.S61543
26. Interpregnancy Interval and Adverse Pregnancy Outcomes: An Analysis of Successive Pregnancies - PubMed. Accessed September 25, 2020. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178044/
27. Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13(3):S2. doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S2
28. DeFranco EA, Seske LM, Greenberg JM, Muglia LJ. Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(3):386.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.017
29. Shree R, Caughey AB, Chandrasekaran S. Short interpregnancy interval increases the risk of preterm premature rupture of membranes and early delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(22):3014-3020. doi:10.1080/14767058.2017.1362384
30. Mignini LE, Carroli G, Betran AP, et al. Interpregnancy interval and perinatal outcomes across Latin America from 1990 to 2009: a large multi-country study. *BJOG*. 2016;123(5):730-737. doi:10.1111/1471-0528.13625
31. Taub RL, Jensen JT. Advances in contraception: new options for postpartum women. *Expert Opin Pharmacother*. 2017;18(7):677-688. doi:10.1080/14656566.2017.1316370
32. Oduyebo T, Zapata LB, Boutot ME, et al. Factors associated with postpartum use of long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(1):43.e1-43.e11. doi:10.1016/j.ajog.2019.03.005
33. Vieira CS, de Nadai MN, de Melo Pereira do Carmo LS, et al. Timing of postpartum etonogestrel-releasing implant insertion and bleeding patterns, weight change, 12-month continuation and satisfaction rates: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2019;100(4):258-263. doi:10.1016/j.contraception.2019.05.007
34. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle MEHD, Silva de Sá MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 2009;80(6):519-526. doi:10.1016/j.contraception.2009.05.124
35. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021

36. Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2491-2498. doi:10.1093/humrep/dew222
37. Acceptability of ENG-releasing subdermal implants among postpartum Brazilian young women during the COVID-19 pandemic - PubMed. Accessed March 15, 2022. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33656758/
38. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1105-1113. doi:10.1097/AOG.0b013e31821188ad
39. Wallace Huff C, Potter JE, Hopkins K. Patients' Experiences with an Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception Program. *Womens Health Issues*. 2021;31(2):164-170. doi:10.1016/j.whi.2020.11.004
40. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 5th ed. World Health Organization; 2015. Accessed May 5, 2020. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/

Avaliação das taxas de continuidade e satisfação do Implante liberador de etonogestrel inserido no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo

Equipe de Trabalho: Vera Therezinha Medeiros Borges[1]; Mariane Nunes de nadai[2], Enio Luis Damaso[3], Bianca Nicolielo Torres[4]

1. Professora Associada do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. Diretora Técnica da Maternidade Santa Isabel/ Bauru.

2. Professor(a) do curso de medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, FOB USP. Coordenadora de Obstetrícia da Maternidade Santa Isabel/ Bauru.

3. Professor(a) do curso de medicina da Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo, FOB USP.

4. Assistente Social da Maternidade Santa Isabel, Bauru – SP.

Local de Trabalho: Maternidade Santa Isabel – Bauru - SP

Bauru - SP

2022

Introdução

A gravidez é um evento que, sob quaisquer condições, gera profundas alterações na vida da mulher, sejam elas psicológicas, hormonais, físicas, sociais e emocionais. Sentimentos como medo, dúvidas, angústias ou simplesmente curiosidade são muito comuns na grande maioria das futuras mães[1]. Em uma gravidez não planejada, porém, estas modificações podem vir carregadas de um amplo espectro negativo, que pode prejudicar tanto a saúde da mãe quanto do feto. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entre os riscos que carrega consigo estão: pré natal inadequado[2,3], riscos de aborto inseguro[4], redução dos índices de amamentação, aumento dos índices de parto pré termo, além de reflexos socioeconômicos, como baixo nível de potencial escolar e profissional e pobreza[5]. Tais repercussões são ainda mais impactantes quando se trata de grupos específicos de pacientes como adolescentes [6], usuárias de drogas ou pacientes em outra situação de vulnerabilidade [7].

O uso de contraceptivos é uma decisão que deve ser tomada pela paciente em conjunto com seu médico, após devida orientação quanto a possibilidades de uso, riscos e benefícios. As informações recebidas de um profissional de saúde podem impactar na tomada de decisões contraceptivas das mulheres[8]. Muitas vezes, porém a falta de acesso aos métodos escolhidos pode levar a mulher a não utilizar corretamente um método contraceptivo, levando a uma nova gestação não planejada. As taxas de gravidez com métodos de longa ação reversíveis estão entre as mais baixas entre todos os métodos reversíveis e permanentes de contracepção, já que não depende do uso correto por parte da mulher [9–11]. Desta forma, seu uso deve ser incentivado e corretamente orientado e ofertado, contribuindo assim para melhorias no planejamento familiar.

Gestações não planejadas podem levar a uma ampla gama de riscos à saúde da mãe e do filho, como desnutrição, doença, abuso, negligência e até aumento de mortalidade materna e fetal[12]. O custo de uma gravidez não planejada no Brasil é de R$2293,00. O governo gasta cerca de 4,1 bilhões de reais ao ano com gestações não planejadas (até o parto)[13]. Sabemos que um menor intervalo intergestacional pode ser extremamente prejudicial à mãe e ao futuro concepto [14,15]. Gestações sequenciais podem cursar com complicações maternas e fetais, como baixo peso ao nascer[14], prematuridade[14], maior mortalidade neonatal[14–16] e infantil[16], corioamniorexe prematura[17], diabetes gestacional[17,18], obesidade[18] e maior risco de pré-eclâmpsia[19]. Desta forma, o momento do parto pode ser um cenário interessante para oferecimento e inserção de um método contraceptivo, em especial os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação.

Os LARCs são altamente eficazes[11], podendo ser utilizados e oferecidos no pós parto imediato [20–24]. Entre eles, o implante contraceptivo liberador de etonogestrel (ENG) é um dispositivo contendo apenas progestagênio, apresentando taxa de falha de 0,05% e de continuidade de 84% em um ano [26]. Tem duração contraceptiva de pelo menos 3 anos (de acordo com a bula), porém há estudos mostrando eficácia em até 5 anos de uso[27]. Desta forma, é considerado um excelente método anticoncepcional.

Existem evidências robustas com dados de segurança para os bebês amamentados por mães utilizando LARCs no pós parto imediato[22,23,28,29]. Assim, ao oferecer contracepção no puerpério imediato, especialmente nos casos de vulnerabilidade social, podemos contribuir para o aumento deste intervalo intergestacional e redução de gestações não planejadas, resultando em inúmeros benefícios para a mãe e para o bebê.

A manutenção do contraceptivo escolhido no puerpério também é sobremaneira importante, pois a insatisfação da paciente frente ao produto ou sua remoção precoce pode ser um fator determinante em uma nova gestação não planejada. Estudos mostram que as taxas de aceitação, satisfação e

continuidade dos LARCs iniciados no período puerperal são altas [30–32,32], o que nos mostra que estes podem e devem ser oferecidos para puérperas que assim desejarem.

A Maternidade Santa Isabel, em Bauru -SP, realiza cerca de 300 partos por mês, atendendo pacientes do município e da região. Considerando que, após orientação adequada, grande parte das puérperas possa se interessar em inserir um LARC já no puerpério imediato[30], consideramos abranger e beneficiar um grande número de pacientes oferecendo contraceptivos de longa ação reversíveis (LARCs) antes da alta hospitalar, em especial o implante de ENG. Desta forma, ao avaliarmos estas pacientes no decorrer do primeiro ano após a inserção do dispositivo, buscaremos avaliar o grau de satisfação e continuidade deste método nesta população.

Justificativas

Avaliar a satisfação e continuidade do método contraceptivo escolhido pela paciente pode contribuir sobremaneira para a manutenção do uso, levando a melhorias e redução das taxas de gestações não planejadas, aumentando também o intervalo intergestacional.

Objetivos

- Objetivo primário

Avaliar taxas de satisfação e continuidade do uso do Implante de etonogestrel como método contraceptivo inserido no puerpério imediato.

- Objetivo secundário

Avaliar outros dados relacionados ao uso do implante de etonogestrel no puerpério imediato, como fatores que influenciaram na escolha e impressões gerais acerca do método durante o período de uso.

Materiais e métodos

Durante a avaliação de rotina da equipe assistencial ao longo da internação na Maternidade Santa Isabel, as pacientes serão avaliadas e orientadas sobre a possibilidade de utilização de LARCs no puerpério imediato. Dentre as opções oferecidas, aquelas que optarem pelo uso do Implante de etonogestrel terão o dispositivo inserido gratuitamente antes da alta hospitalar, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 2). Posteriormente à inserção do dispositivo, serão realizadas avaliações, através de contato telefônico, em 3 meses, 6 meses e 12 meses a contar da data da inserção do implante. Em cada um destes momentos será realizado um questionário (Anexo 1) para mensurar satisfação quanto ao método utilizado, bem como questionamento quanto ao desejo de continuar utilizando o dispositivo. Caso haja necessidade, as pacientes serão avaliadas presencialmente na Maternidade Santa Isabel.

Critérios de inclusão

Puérperas que tenham dado à luz na Maternidade Santa Isabel, que manifestem desejo de uso do implante de etonogestrel após orientações contraceptivas.

Critérios de exclusão

Serão considerados critérios de exclusão para inserção do Implante de etonogestrel:

- Contraindicação segundo critérios da OMS[33]

Riscos

Os possíveis riscos às voluntárias são:

- decorrentes da inserção do implante de etonogestrel: falha contraceptiva, hematomas, infecção local

- decorrentes da aplicação do questionário são: invasão de privacidade; constrangimento ao responder questões sensíveis, como aquelas relacionadas à vida pessoal; o cansaço ou aborrecimento diante das perguntas; riscos relacionados à divulgação de dados confidenciais (registrados no TCLE); riscos de quebra do sigilo quanto a dados clínicos e pessoais; além do tempo tomado para as resposta, interferindo na rotina da voluntária, em torno de quinze minutos.

Benefícios

As voluntárias poderão contribuir para conhecimento acerca de contracepção puerperal, beneficiando assim esta e futuras gerações acerca do uso de contraceptivos imediatamente após o parto.\

Análise estatística

Será feita análise descritiva das variáveis listadas. Para avaliação analítica dos dados, serão usados os testes *t* de Student (para variáveis independentes) e regressão linear de efeitos mistos para as variáveis quantitativas. Diferenças na avaliação basal dos grupos serão ajustadas. As taxas de descontinuidade e continuidade serão avaliadas pelo método de Kaplan-Meier. Para variáveis qualitativas será usado os testes de Fisher e Qui-Quadrado, além de regressão logística se necessário.

Nas análises possíveis, será feita análise por intenção de tratar e por protocolo. Em caso de necessidade de imputar dados, será utilizado o *last observation carried forward*.

Será considerado um erro tipo 1 de 5% e um erro tipo 2 de 20% (poder de 80%) para todos os cálculos do projeto. Em casos de desfechos não previstos, será feito ajuste do valor de p para teste de múltiplas hipóteses.

Orçamento

Material	**Valor unitário**	**Valor total**
Implante de etonogestrel	R$ 750,00	R$ 450.000,00
Total	R$ 450.000,00	

Considerando a inclusão de uma média de 50 pacientes ao mês, em um período de 12 meses, calculamos um total de 600 pacientes a serem beneficiadas com este projeto.

Cronograma

	Segundo semestre 2022	Primeiro semestre 2023	Segundo semestre 2023
Revisão bibliográfica	X		
Submissão ao CEP	X		
Início da inserção dos Implantes de etonogestrel	X		
Questionários de satisfação e aceitabilidade		X	
Análise dos dados			X
Relatório final			X

Anexos

Anexo 1: Questionário de satisfação, aceitabilidade e continuidade

Questionário de satisfação e aceitabilidade clínica

<u>Questionário I (3 meses)</u>

Número da paciente no projeto: _____
Data da inserção do Implante de etonogestrel: _____/_____/_____
Data do questionário: _____/_____/_____

1. Você continua utilizando o Implanon?

( ) Sim

( )Não Motivo da remoção: _____

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( )Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

3. Você já conhecia este método antes do mesmo ser oferecido pela equipe da maternidade?

(.) Sim

(.) Não

4. Você conversou sobre contracepção após o parto com seu médico durante o pré natal?

(.) Sim

(.) Não

5. Qual foi a influência do fato de ser gratuito para sua escolha deste método:

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

6. Qual foi a influência da baixa chance de falha (alta eficácia) do implante contraceptivo na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

7. Qual foi a influência da duração (três anos) do implante contraceptivo na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

8. Qual foi a influência do implante contraceptivo ser um anticoncepcional que "não precisa de lembrar de usar todo dia" na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

9. Qual foi a influência do implante ser colocado abaixo da pele do braço na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

10. Qual foi a influência do implante não ser percebido por outras pessoas na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

11. Qual foi a importância da opinião do seu parceiro na sua decisão de usar este método?

( ) Não tenho parceiro

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

12. Qual a importância da opinião da sua família (mãe, pai, irmãos, etc) na sua decisão de usar este método?

( ) Nenhuma

( ) Pequena

( ) Média

( ) Grande

( ) Não sei ou não perguntei

13. Depois que você colocou o implante, qual é a opinião do seu parceiro sobre esse anticoncepcional?

( ) Não tenho parceiro

( ) Ele não gosta do implante

( ) Ele não opina sobre o implante

( ) Ele gosta do implante

( ) Não sei ou não perguntei

14. Depois que você colocou o implante, qual é a opinião da sua família (mãe, pai, irmãos, etc) sobre esse anticoncepcional?

( ) A maioria da minha família não gosta do implante

( ) Minha família não opina sobre o implante

( ) A maioria da minha família gosta do implante

( ) Não sei ou não perguntei

15. Quanto à dor no braço durante a inserção do implante, ela foi:

( ) Não tive dor

( ) Leve

( ) Moderada

( ) Intensa

( ) Não me lembro

16. Quanto às alterações no braço nos dias seguintes à inserção (vermelhidão, dor local e área roxa), você diria que:

( ) Não tive alterações locais

( ) Foram leves

( ) Foram moderadas

( ) Foram intensas

( ) Não me lembro

17. Como você se sente em relação à presença do implante no seu braço?

a. ( ) Não me incomoda
b. ( ) Pouco incomodada
c. ( ) Moderadamente incomodada
d. ( ) Muito incomodada

18. Como você se sente com relação ao fato do implante necessitar ser retirado por um profissional de saúde?

a. ( ) Não me incomoda
b. ( ) Pouco incomodada
c. ( ) Moderadamente incomodada
d. ( ) Muito incomodada

19. Comparando o implante com o método contraceptivo que você usava antes da gestação, você diria que está:

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

20. Você recomendaria o implante a uma amiga ou familiar?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

21. Quando seu implante vencer, você pretende trocar por um novo implante?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

22. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?

( ) Muito insegura

( ) Insegura

( ) Indiferente /neutra

( ) Segura

( ) Muito segura

23. Em tendo escolhido o implante de etonogestrel como método contraceptivo, caso fosse oferecido a opção de colocar em outro momento, você preferiria que ele tivesse sido inserido:

(.) antes da alta hospitalar, conforme foi realizado

(.) na consulta de puerpério em cerca de 40 dias após o parto

24. Você está amamentando?

(.) sim, amamentação exclusiva

(.) sim, mas meu bebê também toma fórmula láctea e/ou ingere comida

(.) não

25. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do implanon?

(.) não menstruei desde a inserção

(.) menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

(.) estou sangrando continuamente desde a inserção

26. Como está seu nível de satisfação global (envolvendo todas as características) com o implante?

Por favor, dedique um pouco de tempo para responder essa pesquisa. A carinha triste da extrema esquerda indica "muito insatisfeito" e a carinha feliz da extrema direita indica "muito satisfeito".

Quão satisfeito você está com o nosso serviço?

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente /neutra

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

27. Você deseja remover o Implanon?

( ) Sim

( )Não Motivo: _____

Questionário II (6 meses)

Número da paciente no projeto: _____
Data da inserção do Implante de etonogestrel: _____/_____/_____
Data do questionário: _____/_____/_____

1. Você continua utilizando o Implanon?

( ) Sim

( )Não Motivo da remoção: _____

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( )Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

( ) Não sei ou não perguntei

3. Como você se sente em relação à presença do implante no seu braço?

a. ( ) Não me incomoda
b. ( ) Pouco incomodada
c. ( ) Moderadamente incomodada
d. ( ) Muito incomodada

4. Comparando o implante com o método contraceptivo que você usava antes da gestação, você diria que está:

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

5. Você recomendaria o implante a uma amiga ou familiar?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

6. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?

( ) Muito insegura

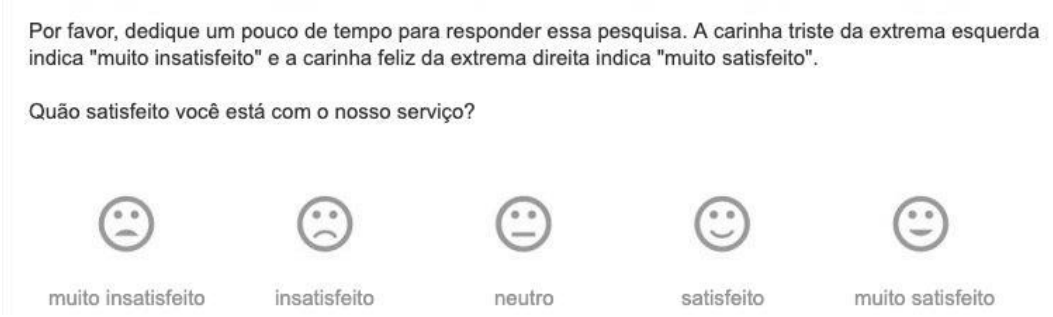
( ) Insegura

( ) Indiferente /neutra

( ) Segura

( ) Muito segura

7. Como está seu nível de satisfação global (envolvendo todas as características) com o implante?



( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente /neutra

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

8. Você está amamentando?

(.) sim, amamentação exclusiva

(.) sim, mas meu bebê também toma fórmula láctea e/ou ingere comida

(.) não

9. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do implanon?

(.) não menstruei desde a inserção

(.) menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

(.) estou sangrando continuamente desde a inserção

10. Você deseja remover o Implanon?

( ) Sim

( )Não Motivo: _____

Questionário III (12 meses)

Número da paciente no projeto: _____
Data da inserção do Implante de etonogestrel: _____/_____/_____
Data do questionário: _____/_____/_____

1. Você continua utilizando o Implanon?

( ) Sim

( )Não Motivo da remoção: _____

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( )Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

( ) Não sei ou não perguntei

3. Como você se sente em relação à presença do implante no seu braço?

a. ( ) Não me incomoda
b. ( ) Pouco incomodada
c. ( ) Moderadamente incomodada
d. ( ) Muito incomodada

4. Comparando o implante com o método contraceptivo que você usava antes da gestação, você diria que está:

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

5. Você recomendaria o implante a uma amiga ou familiar?

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

6. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?

( ) Muito insegura

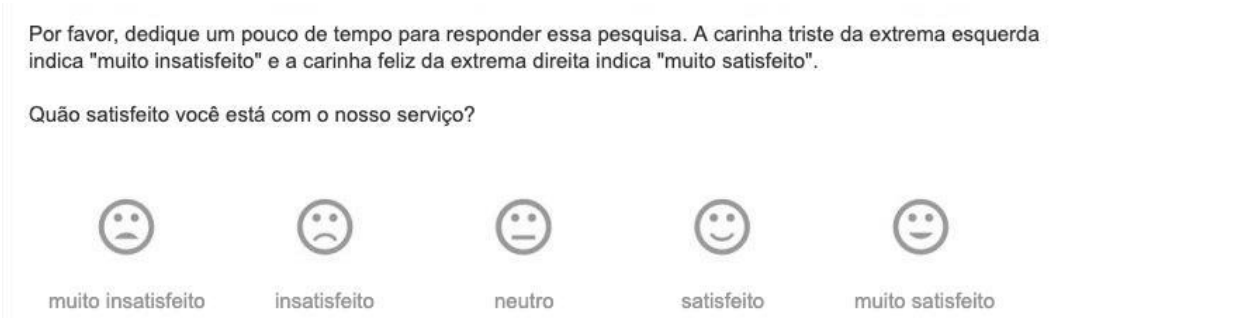
( ) Insegura

( ) Indiferente /neutra

( ) Segura

( ) Muito segura

7. Como está seu nível de satisfação global (envolvendo todas as características) com o implante?



( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente /neutra

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

8. Você está amamentando?

(.) sim, amamentação exclusiva

(.) sim, mas meu bebê também toma fórmula láctea e/ou ingere comida

(.) não

9. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do implanon?

(.) não menstruei desde a inserção

(.) menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

(.) menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

(.) estou sangrando continuamente desde a inserção

10. Você deseja remover o Implanon?

( ) Sim

( )Não Motivo: _____

Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO. PARA INSERÇÃO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO NO PÓS PARTO

Eu, paciente _____, nascida em ___/ ___/ _____ portadora do documento de identidade nº _____, inscrita no CPF nº_____, idade _____ anos, telefone (__)_____.

DECLARO para os devidos fins e sob as penas de lei que eu, acima identificada e adiante assinada, fui orientada de maneira clara e compreensível sob todas as implicações e consequências da inserção do método contraceptivo pós parto (Implante de etonogestrel – Implanon) e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização.

DECLARO ainda que fui orientada sob os riscos inerentes ao método escolhido (entre eles falha do método, alterações do ciclo menstrual e sangramentos ou infecção local).

DECLARO também estar ciente que a porcentagem de erros e/ou falhas do método podem variar entre 0,3 e 3,3%, havendo possibilidade de engravidar após sua inserção. Pelo qual, portanto, EXIMO de qualquer responsabilidade à equipe da Maternidade Santa Isabel sobre eventuais falhas e complicações.

DECLARO ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a inserção do método contraceptivo.

Declaro ter sido orientada sobre a possibilidade da equipe de saúde entrar em contato por telefone posteriormente a minha alta hospitalar para questionários acerca de minha opinião, queixas e dúvidas acerca do método contraceptivo escolhido.

Assim, estando todas as explicações acima completamente entendidas, como também esclarecidas todas as minhas dúvidas, DECLARO estar satisfeita com as informações e que compreendo o alcance, os riscos e as consequências inerentes ao procedimento e seu dispositivo. Concordando com as condutas médicas necessárias para sua realização.

Bauru, _____de _____de_____.

_____

Assinatura paciente/responsável

PREENCHIMENTO DO MÉDICO

O procedimento descrito, incluindo todos os riscos e complicações foi por mim esclarecido à paciente, ou seu (sua) responsável, antes que este Termo de Consentimento Informado fosse assinado por ela.

Médico: _____ CRM: _____

Assinatura e carimbo do médico

Anexo 3: Avaliação social da paciente

CONTRACEPÇÃO – PÓS PARTO IMEDIATO

FICHA DE INCLUSÃO DE PACIENTE

Nome: _____Tel: ( )_____

Registro Hospitalar: _____**Data do preenchimento da ficha:** _____/_____/_____

Data de nascimento: _____/_____/_____**Idade da paciente:** _____anos

Cor / Raça: ( ) branca ( ) amarela ( ) parda ( ) preta ( ) indígena

Estado civil: ( ) casada ( )união estável ( ) solteira ( ) viúva ( ) divorciada

Escolaridade: ( ) analfabeta ( ) 1º grau completo ( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau completo
( ) 2º grau incompleto ( ) superior incompleto ( ) superior completo

Situação profissional: ( ) desempregada ( ) emprego formal ( ) emprego informal
Renda familiar mensal: _____ **Nº pessoas na casa:** _____
Recebe algum tipo de Benefício Social : ( ) não ( ) sim. Qual?: _____

Paridade: nº de gestações _____
Partos: cesárea_____ normal_____fórceps_____abortos_____natimorto _____falecidos _____
Parto atual: ( ) normal/vaginal. ( ) cesárea
Realizou assistência pré-natal? ( )não ( ) sim - nº consultas_____ local:_____
Data e hora do parto: _____/_____/_____às _____hs
Dados do RN: ( ) feminino ( ) masculino - peso _____estatura _____apgar _____
Patologias na gestação: ( )não ( ) sim Qual?_____
Utilizou alguma dessas substâncias durante a gestação? ( )não ( ) sim
( ) Álcool ( ) Tabaco (cigarro) ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Outra:_____
Já foi orientada por algum profissional de saúde sobre a utilização de métodos contraceptivos antes da gestação? ( ) não ( ) sim :
Quais métodos? ( ) DIU ( ) implante subdérmico ( ) métodos orais ( ) injetáveis ( ) laqueadura ( )
Preenche critérios de inclusão ( ) Sim ( ) Não
Tem algum critério de exclusão ( ) Sim ( ) Não
Qual?
_____

Data, assinatura e carimbo do profissional responsável pela entrevista social:

Referências Bibliográficas

1. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS de, Melo LPT de, Fialho AV de M. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*. 2014;19(1):115-124. doi:10.1590/1413-7372189590011
2. Singh A, Singh A, Mahapatra B. The consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in rural India: evidence from prospective data. *Matern Child Health J*. 2013;17(3):493-500. doi:10.1007/s10995-012-1023-x
3. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J*. 2015;19(5):1087-1096. doi:10.1007/s10995-014-1609-6
4. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute. Published February 9, 2018. Accessed May 11, 2020. https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017
5. Silva MCR, Gusmão FAF. OS IMPACTOS DA MATERNIDADE PRECOCE SOBRE O DESEMPENHO ESCOLAR DAS ADOLESCENTES BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DAS PESQUISAS DE 1995 A 2015. *Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional*. 2017;10(1). Accessed May 11, 2020. https://45.65.201.106/index.php/enfope/article/view/4796
6. Raidoo S, Kaneshiro B. Contraception counseling for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017;29(5):310-315. doi:10.1097/GCO.0000000000000390
7. Sorpreso ICE, Soares Júnior JM, Baracat EC. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(9):395-396. doi:10.1590/SO100-720320150005456
8. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):659-673. doi:10.1097/GRF.0000000000000059
9. Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update*. 2015;21(5):640-651. doi:10.1093/humupd/dmv023
10. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod*. 2015;30(11):2527-2538. doi:10.1093/humrep/dev221
11. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021
12. Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. 2020;101(1):26-33. doi:10.1016/j.contraception.2019.09.006

13. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health*. 2014;6:663-670. doi:10.2147/IJWH.S61543
14. Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13(3):S2. doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S2
15. Interpregnancy Interval and Adverse Pregnancy Outcomes: An Analysis of Successive Pregnancies - PubMed. Accessed September 25, 2020. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28178044/
16. DeFranco EA, Seske LM, Greenberg JM, Muglia LJ. Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(3):386.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.017
17. Shree R, Caughey AB, Chandrasekaran S. Short interpregnancy interval increases the risk of preterm premature rupture of membranes and early delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2018;31(22):3014-3020. doi:10.1080/14767058.2017.1362384
18. Hanley GE, Hutcheon JA, Kinniburgh BA, Lee L. Interpregnancy Interval and Adverse Pregnancy Outcomes: An Analysis of Successive Pregnancies. *Obstet Gynecol*. 2017;129(3):408-415. doi:10.1097/AOG.0000000000001891
19. Mignini LE, Carroli G, Betran AP, et al. Interpregnancy interval and perinatal outcomes across Latin America from 1990 to 2009: a large multi-country study. *BJOG*. 2016;123(5):730-737. doi:10.1111/1471-0528.13625
20. Taub RL, Jensen JT. Advances in contraception: new options for postpartum women. *Expert Opin Pharmacother*. 2017;18(7):677-688. doi:10.1080/14656566.2017.1316370
21. Oduyebo T, Zapata LB, Boutot ME, et al. Factors associated with postpartum use of long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2019;221(1):43.e1-43.e11. doi:10.1016/j.ajog.2019.03.005
22. Vieira CS, de Nadai MN, de Melo Pereira do Carmo LS, et al. Timing of postpartum etonogestrel-releasing implant insertion and bleeding patterns, weight change, 12-month continuation and satisfaction rates: a randomized controlled trial. *Contraception*. 2019;100(4):258-263. doi:10.1016/j.contraception.2019.05.007
23. Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle MEHD, Silva de Sá MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. *Contraception*. 2009;80(6):519-526. doi:10.1016/j.contraception.2009.05.124
24. Committee Opinion No. 670 Summary: Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception. *Obstet Gynecol*. 2016;128(2):422-423. doi:10.1097/AOG.0000000000001583
25. Floyd S. Postpartum Contraception Options. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(3):463-475. doi:10.1016/j.ogc.2020.04.007
26. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021
27. Ali M, Akin A, Bahamondes L, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod*. 2016;31(11):2491-2498. doi:10.1093/humrep/dew222
28. Braga GC, Ferriolli E, Quintana SM, Ferriani RA, Pfrimer K, Vieira CS. Immediate postpartum initiation of etonogestrel-releasing implant: A randomized controlled trial on breastfeeding impact. *Contraception*. 2015;92(6):536-542. doi:10.1016/j.contraception.2015.07.009

29. Carmo LSDMP, Braga GC, Ferriani RA, Quintana SM, Vieira CS. Timing of Etonogestrel-Releasing Implants and Growth of Breastfed Infants. *Obstetrics and Gynecology*. 2017;130(1):100-107. doi:10.1097/AOG.0000000000002092
30. Acceptability of ENG-releasing subdermal implants among postpartum Brazilian young women during the COVID-19 pandemic - PubMed. Accessed March 15, 2022. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33656758/
31. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1105-1113. doi:10.1097/AOG.0b013e31821188ad
32. Wallace Huff C, Potter JE, Hopkins K. Patients' Experiences with an Immediate Postpartum Long-Acting Reversible Contraception Program. *Womens Health Issues*. 2021;31(2):164-170. doi:10.1016/j.whi.2020.11.004
33. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 5th ed. World Health Organization; 2015. Accessed May 5, 2020. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/

Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação

E sua importância para o planejamento reprodutivo de populações vulneráveis

AUTORAS
Marta Curado C. Franco Finotti,[1]
Carolina Sales Vieira[2]

INTRODUÇÃO

Gestações não planejadas e suas consequências

Apesar das inúmeras opções contraceptivas disponíveis atualmente, cerca de metade das gestações no mundo não são planejadas.[1] De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna ou neonatal/infantil e também a riscos sociais, como baixa escolaridade e desemprego.[2] Reduzir o número de gravidezes não desejadas poderia evitar 60% das mortes maternas e 57% das infantis.[3]

A gravidez não planejada é multifatorial e inclui, em geral, casos de gestações não desejadas ou inoportunas.[4] De modo geral, esses casos ocorrem em todos os estratos socioeconômicos da população, além de ser um problema mundial que impacta especialmente países em desenvolvimento.[5] Sabe-se que gestações indesejadas são mais frequentes (quatro vezes) em mulheres com idade menor ou igual a 19 anos de idade do que nas adultas, em mulheres com baixa escolaridade (quanto menos anos de escolaridade, maior a frequên-

1. Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. **Endereço para correspondência:** Rua 22, n.º 250, Setor Oeste - Goiânia- Goiás- CEP 74.120-130. **e-mail:** mffinotti@gmail.com **2.** Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo. **e-mail:** carol.sales@uol.com.br.

cia de gestação não planejada), em populações de baixo nível socioeconômico (cinco vezes mais frequente, quando comparadas com a população de alto nível socioeconômico) e em populações vulneráveis, para as quais o acesso aos métodos contraceptivos continua a ser uma grande preocupação na correção da desigualdade global.[1] Um aspecto importante é que, em muitos casos, a gravidez não planejada termina em aborto induzido.

No Brasil, devido à ilegalidade de sua realização por demanda da mulher (sendo legalizado em casos de estupro, risco de morte da mulher ou malformação do feto que seja incompatível com a vida extrauterina), a maioria dos abortos é realizada clandestinamente, o que pode levar a complicações, morte materna, além dos significativos impactos aos serviços de saúde e às famílias afetadas.[6] O abortamento inseguro representa também um grave risco e alto custo para o sistema público, sendo frequentemente usado na falha ou no uso incorreto de contraceptivos, conforme revelam dados do Ministério da Saúde.[7]

TIPOS DE CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO, EFICÁCIA, CONTINUIDADE E SATISFAÇÃO

A contracepção reversível de longa duração LARC *(Long Acting Reversible Contraceptives)* é representada pelos dispositivos intrauterinos e o implante contraceptivo. São métodos altamente eficazes, com duração contraceptiva igual ou superior a três anos. Os LARCs são superiores em termos de eficácia, propiciando taxas de gravidez de menos de 1% ao ano em uso perfeito e em uso típico.[8] Existe a taxa de falha inerente ao método (com o uso perfeito, ou falha teórica) e a taxa de falha associada ao uso típico do método (uso na vida real).[9] Por não dependerem da motivação da usuária para manter sua eficácia, os LARCs são mais eficazes e são bem indicados para mulheres com fatores de risco de baixa adesão. A tabela 1 mostra as taxas de falha e de continuidade dos métodos contraceptivos em um ano de uso.[9]

Tabela 1: Taxas de falha e de continuidade de cada método contraceptivo no primeiro ano de uso.

Método	Uso típico (%)	Uso perfeito (%)	Continuidade (%)
Nenhum	85	n/a	n/a
Coito interrompido	22	4	46
Comportamentais	25	?*	51
Diafragma	12	6	57
Condom Masculino	18	2	43
Condom Feminino	21	5	41
DIU-cobre	0,8	0,6	78
AHC	9	0,3	67
POP	9	0,3	67
Injetável Trimestral	6	0,2	56
Injetável Combinado	6	0,2	56
SIU-LNG	0,2	0,2	80
Implante	0,05	0,05	84
Laqueadura Tubária	0,5	0,5	100
Vasectomia	0,15	0,10	100

AHC: Anticoncepcional Hormonal Combinado (oral, anel vaginal ou adesivo); POP: pílula apenas de progestagênio; DIU: Dispositivo intrauterino; SIU-LNG: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. Adaptada de Trussell, 2011.

Os LARCs independem da ação do médico ou da usuária para manter sua eficácia, apresentando as mais altas taxas de satisfação e continuidade de uso entre todos os contraceptivos reversíveis.[9]

O estudo CHOICE americano mostrou que, com aconselhamento e orientação adequados, as taxas de continuidade e satisfação dos LARCS foram de 87% em 12 meses, e 77% em 24 meses, enquanto os métodos de curta duração (pílulas, anel vaginal, adesivos e injetáveis) tiveram taxas de continuidade variando entre 38 e 43%, em

**Difícil comprovação.*

24 meses.[10] Desta forma, os autores sugerem que estes métodos sejam a primeira linha de escolha para anticoncepção.

Os LARC disponíveis atualmente no Brasil são o implante subdérmico liberador de etonogestrel (ENG), os dispositivos intrauterinos (DIU) medicados com cobre (TCu380A) e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG).

Implante liberador de etonogestrel

O implante contraceptivo representa o método de mais alta eficácia contraceptiva disponível, com uma taxa de falha de 0,05%, com duração de 3 anos.[9] Trata-se de um implante, contendo 68 mg de etonogestrel, que é liberado de forma contínua na corrente sanguínea. Este implante é um dispositivo plástico, subdérmico único, com quatro centímetros de comprimento e dois milímetros de diâmetro, que contém o etonogestrel (3-ketodesogestrel, o metabolito ativo do desogestrel), envolvido em uma membrana de etileno-vinilacetato. Logo após a inserção do implante, as taxas de liberação de ENG mantêm-se em 60–70µg/dia, diminuindo progressivamente para 35–45µg/dia no final do primeiro ano, 30–40µg/dia no segundo ano e 25–30µg/dia no fim do terceiro ano.[11]

DIU de cobre

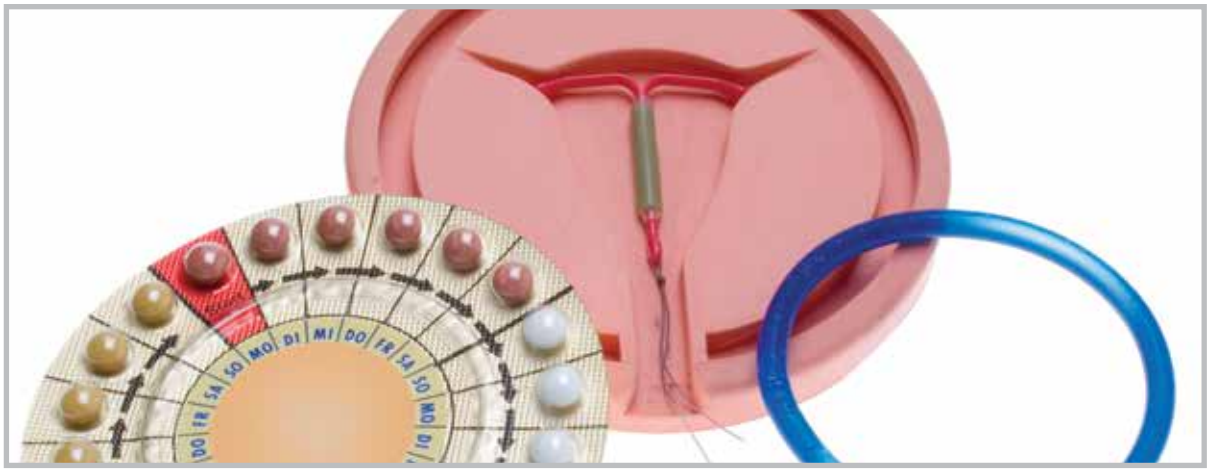
O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é bastante eficaz como contraceptivo, com taxa de falha variando entre 0,6 e 0,8% no primeiro ano de uso e possui ação por até 10 anos.[9] No Brasil, está disponível o DIU TCu 380A em que o número refere-se à área de superfície em mm^2 do íon cobre exposto na superfície endometrial.[12] Este DIU é constituído por polietileno coberto com cobre na haste vertical e horizontal.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

O SIU-LNG consiste de uma matriz de plástico em forma de T que mede 32mm de extensão, com um reservatório cilíndrico que contém 52mg de LNG, um progestagênio a ser liberado em pequenas doses diárias. Após a sua inserção no útero, o reservatório libera inicialmente 20µg/dia de LNG. A taxa de liberação de 20µg/dia cai ao longo do uso, estabilizando-se em torno de 12 a 14µg/dia e chega a 11µg/dia ao final de 5 anos, tempo preconizado para o uso deste dispositivo.[13] O SIU-LNG é um método bastante eficaz, com taxa de falha de 0,2% e proporciona vários benefícios não contraceptivos.[9]

BENEFÍCIOS NÃO CONTRACEPTIVOS E EFEITOS ADVERSOS DOS LARCS

Para garantir uma boa adesão aos LARCs, é importante o conhecimento de seus benefícios e efeitos adversos. Como agem independentemente da motivação da usuária, os LARCs têm altas taxas de eficácia e de continuidade.



Implante liberador de etonogestrel

Efeitos benéficos

A anovulação decorrente do método favorece a diminuição de sintomas pré-menstruais e dismenorreia. Com relação à dismenorreia, em uma compilação dos dados do implante liberador de ENG, cerca de 77% das mulheres com dismenorreia prévia ao uso do implante referiram desaparecimento do sintoma após a inserção do mesmo; além disso, 6% referiram melhora da intensidade, sendo por isso recomendado em situações nas quais a dismenorreia esteja presente.[14-15] Este implante de ENG mostrou efeito positivo no alívio da dor associada à endometriose.[15]

Com relação à massa óssea de mulheres em uso do implante, parece não haver diferença na densidade mineral óssea comparado com as usuárias de DIU de cobre, uma vez que os níveis de estradiol são semelhantes entre ambos os grupos.[16]

Os estudos com implante não observaram alteração nos níveis de colesterol total, lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL), testosterona e globulina transportadora dos esteroides sexuais (SHBG).[17-18] O metabolismo glicídico também não foi alterado por uso do implante[18] e, assim como os contraceptivos orais contendo apenas progestagênios, o implante não altera o risco de tromboembolismo.[19]

Diversos estudos mostraram que os progestagênios isolados não têm efeitos sobre a lactação,[20-21] sendo por isto um método adequado no período de amamentação.

Efeitos adversos

Os principais efeitos adversos reportados pelas mulheres em uso do implante liberador de etonogestrel, excluindo-se sangramento irregular, são: cefaleia (15,3%), mastalgia (10,2%), acne (11,4%), ganho de peso (11,8%), labilidade emocional (5,7%), e diminuição da libido (2,3%).[22] Avaliando-se o ganho de peso com uso de implante, os estudos mostraram que não há diferença nesta variável com o uso do implante comparado com as usuárias de métodos não hormonais.[23]

Estudo comparando usuárias de implante e DIU-Cobre evidenciou imagens ultrassonográficas sugestivas de cistos ovarianos em usuárias de implante.[24] Isso também ocorre com outros métodos de progestagênio isolado, como o SIU-LNG.[25] Este é um efeito que não tem repercussões na saúde das usuárias e os cistos tendem a desaparecer em 12 semanas após retirada do sistema.[26]

Como qualquer método contraceptivo contendo progestagênio, o principal efeito adverso é a mudança do padrão de sangramento. A maioria das mulheres terá um padrão de sangramento favorável (amenorreia, infrequente e regular), porém cerca de 20% poderão ter um padrão desfavorável de sangramento (frequente e prolongado).

Apesar de desconfortáveis, as alterações menstruais normalmente são bem toleradas pela maioria das mulheres quando estas são bem aconselhadas previamente à inserção do implante. Define-se os padrões de sangramento de acordo com o número e intensidade de sangramento uterino ou escape (*spotting*: sangramento de pequena quantidade com uso de, no máximo, 1 absorvente ou tampão/dia) por 90 dias.

Considera-se amenorreia quando há ausência de sangramento ou escape por 90 dias; sangramento infrequente quando ocorrem 2 ou menos episódios de sangramento em 90 dias; regular, de 3 a 5 episódios de sangramento em 90 dias; frequente quando há mais de 5 episódios de sangramento em 90 dias; e sangramento prolongado quando ocorre 14 ou mais dias consecutivos de sangramento em 90 dias.[27]

O padrão de sangramento do implante comparado com o SIU-LNG pode ser observado na tabela 2.[28,29]

Tabela 2: Padrões de sangramento com uso de implante de ENG[28] e SIU-LNG.[29]

Padrão sangramento	Implante de ENG	SIU-LNG
Amenorreia	22–40%	20–60%
Infrequente	30–40%	10–30%
Regular	20%	10–50%
Padrão Desfavorável	6,7% frequente + 17,7% prolongado	5% frequente + 15% prolongado

ENG: etonogestrel; SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonogestrel

SIU-LNG

Benefícios não contraceptivos

Foram demonstrados os seguintes benefícios não-contraceptivos:[30-32]

- *Redução da quantidade e duração do fluxo menstrual.*
- *Redução do volume do sangramento uterino quando abundante, em 70 a 90%,[33] sendo a medicação hormonal mais efetiva para este fim.*
- *Redução do sangramento menstrual em mulheres com distúrbios hemostáticos e em mulheres anticoaguladas.*
- *Prevenção da anemia relacionada à perda sanguínea.*
- *Alívio da dismenorreia primária.*
- *Redução da dor associada à endometriose e à adenomiose.*
- *Prevenção/tratamento da hiperplasia simples do endométrio.*
- *Proteção endometrial durante terapêutica com estrogênios.*
- *Redução do risco de câncer endometrial.*
- *Manutenção da produção estrogênica, o que possibilita uma boa lubrificação vaginal.*

O SIU-LNG produz concentrações séricas de progestagênios que levam a uma inibição parcial do desenvolvimento folicular ovariano e da ovulação. Apesar deste efeito, pelo menos 75% das mulheres com SIU-LNG têm ciclos ovulatórios.

- *Não altera a pressão arterial, o metabolismo de carboidratos e lipídios ou as enzimas hepáticas.*
- *Não interfere nos parâmetros de coagulação sanguínea e parece não aumentar o risco de tromboembolismo.[19]*

Efeitos adversos do SIU-LNG

Os mais comumente observados foram:

- *Mudança no padrão de sangramento: sangramento frequente ou prolongado nos primeiros três a seis meses é a principal causa de descontinuação do método. No entanto, mais de 80% das mulheres terão um padrão de sangramento favorável.[33]*
- *Cefaleia, náuseas e depressão.*
- *Acne, mastalgia e ganho de peso, menos frequentemente.*
- *Aparecimento de cistos foliculares nos ovários, mas que geralmente não exigem tratamento.*

DIU de Cobre

Benefícios não contraceptivos

Usuárias de DIU de cobre têm redução nas taxas de câncer cervical e endometrial. O dispositivo não interfere na qualidade e quantidade do leite materno, sendo uma boa opção no período de amamentação.[34]

Efeitos adversos

Sangramento irregular ou aumento na quantidade do fluxo menstrual são os efeitos adversos mais comuns nos primeiros meses depois da inserção. A perda menstrual nas usuárias, quando comparadas às não usuárias de DIU de cobre, pode aumentar em até 65%. O número médio de

dias de sangramento diminui com o tempo. Os índices cumulativos de retirada, por problemas menstruais após cinco anos de uso, são de até 20% para DIUs de cobre.[35]

O aconselhamento pré-inserção deve incluir as modificações menstruais, o que fará com que a aceitação seja mais fácil. O fluxo menstrual pode ser um fator decisivo na escolha do dispositivo; por exemplo, mulheres anticoaguladas podem ser melhores candidatas ao SIU-LNG do que ao DIU de cobre.

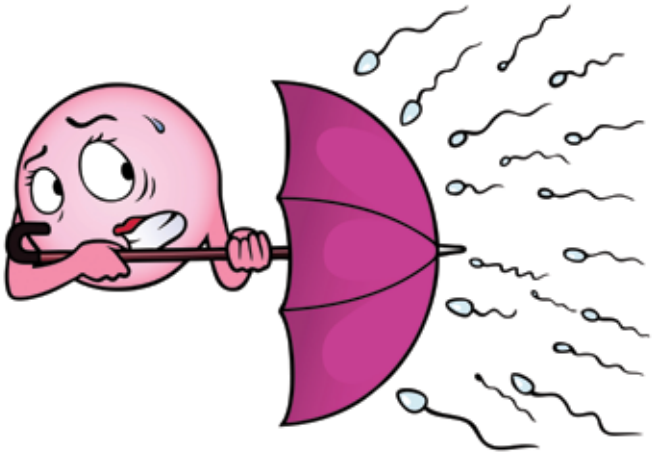
Dismenorreia é causa de descontinuidade em até 6% das usuárias dos DIUs de cobre. Pode ser mais comum entre adolescentes.[36] A dor pode ser uma resposta fisiológica à presença do dispositivo, mas a possibilidade de infecção, mal posicionamento (incluindo perfuração) e gravidez devem ser excluídas.

USO DE LARCs EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Em populações vulneráveis ou em situações especiais, como o pós-parto ou pós-aborto, o uso de LARCs pode ser ainda mais custo-efetivo do que o uso de métodos de curta duração. A seguir, situações especiais do uso de LARCs.

Uso no pós-parto

O método de lactação e amenorreia apresenta cerca 2% de falha como contraceptivo se cumpridos os requisitos de seu uso adequado (menos de 6 meses do parto, mantendo amenorreia e em amamentação exclusiva).[37] No entanto, a mediana da amamentação exclusiva no país é de 54 dias, o que coloca a mulher lactante em risco de uma nova gestação.[38] Normalmente, os métodos contraceptivos são prescritos na consulta de puerpério, em torno de 6 semanas após o parto.[39] No entanto, 10 a 40% das mulheres faltam a esta consulta,[40] não recebendo aconselhamento e prescrição de contraceptivo, o que favorece uma nova gestação não planejada com curto intervalo intergestacional. Além



disto, existem muitas mulheres que não têm acesso à consulta após o parto para prescrição de contracepção. Neste quadro, o pós-parto constitui uma janela de oportunidade para o aconselhamento e início da contracepção, uma vez que a mulher está motivada em evitar uma nova gestação.

Desta forma, iniciar a contracepção enquanto a mulher está na maternidade é uma boa estratégia para contemplar aquelas que faltariam à consulta de puerpério (como usuárias de drogas ou moradoras de áreas distantes do serviço de saúde) ou aquelas que não teriam acesso a esta consulta.

Em 2015, foi liberado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso de todos os LARCs nas primeiras 48 horas após o parto,[41] desde que a mulher não tenha contraindicação para estes métodos e opte por sair da maternidade com sua contracepção resolvida. A inserção de um LARC no pós-parto imediato em adolescentes foi associada à redução de mais de 80% no risco de uma nova gestação em 12 meses.[42] A taxa de continuidade em 12 meses destes métodos, quando iniciados no pós-parto imediato, é alta, mesmo em adolescentes.[43-44]

A taxa de descontinuidade em 12 meses dos DIUs inseridos no pós-parto imediato, independentemente se de cobre ou liberador de levonorgestrel, é em geral superior à observa-

da em usuárias de implante (implante: 14% *vs.* DIUs: 39%, p<0,001), devido à taxa de expulsão dos DIUs, que é maior que o habitual quando este é inserido nas primeiras 48 horas do parto.[7] Os LARCs parecem não alterar a lactação, crescimento e desenvolvimento neonatal e infantil quando inseridos no pós-parto imediato.[41,45]

Por todas estas características, os LARCs são considerados custo-efetivos no pós-parto imediato. Um estudo americano mostrou que o início do implante neste pós-parto resultaria na economia de 550.000 dólares em 12 meses, de 2,5 milhões em 24 meses e 4,5 milhões em 36 meses, considerando a amostra de 171 adolescentes com inserção imediata logo após o parto.[46]

Outro estudo mostrou que a inserção do implante de ENG, imediatamente após o parto, resulta em economia de 1.263 dólares por paciente comparado com a inserção no tempo convencional.[47]

Considerando o DIU, para cada dólar gasto com um programa americano de inserção de DIU pós-parto, há uma economia de quase 3 dólares.[48]

Uso no período pós-aborto

Mais de 90% das mulheres ovulam no mês seguinte ao aborto.[49] Assim, após o aborto, é importante avaliar se a mulher deseja uma nova gestação ou se deseja contracepção. Em caso de desejo de contracepção, a inserção logo após o aborto é uma estratégia adequada para fornecer contracepção eficaz no momento em que a mulher está no serviço de saúde.

Considerando que o Brasil tem uma alta taxa de abortos clandestinos, uma vez que o aborto só é permitido no país em situações especiais previstas pela lei,[50] oferecer contracepção antes da alta após o aborto se converte em uma importante estratégia de cuidado à saúde feminina e prevenção de recorrência do aborto provocado. Neste sentindo, um estudo realizado no Reino Unido, onde o aborto por requisição da mulher é legalizado, avaliou-se quais métodos contraceptivos estariam associados a um menor risco de requisição de um novo aborto dentro de 2 anos do último aborto a pedido; comparado com a pílula, os LARCs foram associados a uma redução de mais de 99,9% no risco de uma nova requisição de aborto.

Uso em adolescentes

A taxa de gestação não planejada em grupos vulneráveis é, em geral, maior que a da população geral. Dados americanos mostraram que mais de 70% das gestações em adolescentes não são planejadas.[52] A gestação em adolescente é um fator de perpetuação do ciclo da pobreza, uma vez que a maioria interrompe seus estudos assim que ficam grávidas.[53]

Apesar de queda do número de partos de adolescentes no Brasil, esta diminuição foi aquém da expectativa. A taxa de partos em adolescentes caiu de 21,9% em 2004 para 19,3% em 2013, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde Brasileiro.[54] Assim, neste grupo, o uso de LARCs poderia ser uma medida adequada para reduzir a taxa de gestação em adolescentes.

Recentemente, o estudo CHOICE mostrou que quando as adolescentes são adequadamente aconselhadas e têm acesso a todos os métodos contraceptivos, a maioria (mais de 60%) prefere os LARCs, sendo que as com idade igual ou in-

Reduzir o número de gravidezes não desejadas poderia evitar 60% das mortes maternas e 57% das mortes infantis.

ferior a 17 anos preferem o implante liberador de ENG e as com idade igual ou superior a 18 anos, preferem o dispositivo intrauterino, sendo o SIU-LNG o mais elegido entre os contraceptivos intrauterinos.[55]

A taxa de continuidade do método não se altera pela idade, ou seja, os LARCs mantêm altas taxas de continuidade mesmo em adolescentes, com mais de 80% delas mantendo o método após 1 ano.[56]

Já é conhecido que os LARCs têm alta eficácia e que esta não se altera com o tempo de uso do método e nem com a idade da usuária, diferentemente dos métodos de curta duração, de eficácia reduzida com o tempo de uso e apresentam mais falhas entre mulheres com menos de 21 anos.

Assim, na vida real, os métodos de curta duração têm pelo menos 21 vezes mais risco de falha que os LARCs.[57] Por todas estas características (altas taxas de continuidade, satisfação e eficácia), os LARCs têm grande impacto nos indicadores de saúde feminina em adolescentes, com redução de mais de 75% nas taxas de aborto provocado e de gestação comparado com as taxas observadas em adolescentes que usam predominantemente métodos de curta duração.[58]

Apesar de tantas vantagens do uso de LARCs para as adolescentes, existem vários mitos no uso destes métodos neste público, especialmente do DIU, seja o DIU de cobre ou o SIU-LNG. As taxas de perfuração e expulsão dos contraceptivos intrauterinos (DIU de cobre e SIU-LNG) não são afetadas pela paridade da mulher, ou seja, ser nulípara não se associa ao aumento das taxas de perfuração e expulsão.[59-60] Além disto, cerca de 80% das inserções dos contraceptivos intrauterinos são fácies, independentemente da paridade.[61]

Outro mito que impede o uso de contracepção intrauterina em nulíparas é o receio de aumento do risco de doença inflamatória pélvica (DIP) e, com isso, o potencial risco de infertilidade por causa tubária. No entanto, as evidências não comprovam estes receios.

O uso do DIU-cobre e SIU-LNG, disponíveis atualmente, não aumentam o risco de DIP entre 3 semanas até 8 anos da inserção do DIU, pois os fios são monofilamentares e não multifilamentares. Porém, nas primeiras 3 semanas da inserção pode haver aumento do risco de DIP (de 1,4 casos/1000 mulheres para 9,7 casos/1000 mulheres) por manipulação intrauterina e presença de clamídia não diagnosticada.[62] Desta forma, de um modo geral não há aumento de risco de infertilidade entre usuárias de DIU.[63]

Por todas estas considerações, todos os LARCs são indicados para as adolescentes, sejam elas nulíparas ou não, de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS.[5] Além disso, diante de todas as evidências, a *American Academy of Pediatrics* recomenda o oferecimento de LARCs

como primeira linha de métodos contraceptivos para adolescentes.[64]

Uso em mulheres com comorbidades

Mulheres que possuem comorbidades com ou sem contraindicação a métodos combinados são consideradas de risco para gestação não planejada. Isto porque muitos médicos não conhecem os critérios de elegibilidade da OMS[41] e não sabem o que oferecer como contraceptivo na presença de enfermidades ou situações especiais.[65]

Assim, estas mulheres acabam por ficar sem contracepção eficaz e apresentam taxas ainda mais elevadas de gestação não planejada. Enquanto no Brasil 55% das gestações não são planejadas,[66] esta taxa é ainda maior em mulheres que vivem com HIV/AIDS. Estudo realizado na cidade de Salvador mostrou que 70% das gestações de mulheres vivendo com HIV/AIDS (MVHA) não foram planejadas.[67]

Portanto, mulheres com enfermidades, deve-se sempre consultar os critérios de elegibilidade da OMS e, caso não haja restrição, o oferecimento de LARCs é importante, já que o impacto de uma gestação não planejada nestas mulheres é ainda mais deletério do que na população geral.

De uma forma mais abrangente, por não conterem estrogênio em sua composição, os LARCs têm muito menos contraindicações de uso do que os métodos combinados.[41]

Uso em usuárias de drogas ilícitas

O Brasil é o principal país consumidor de crack no mundo e o segundo em termos de uso de cocaína. As mulheres correspondem a 21,3% dos usuários de crack e apresentam características de maior vulnerabilidade pelos riscos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gestações não planejadas, muitas vezes consideradas de alto risco.[68] Em junho de 2013, dados oficiais mostraram que de 45.600 crianças abrigadas existentes no país com até 18 anos, 81% delas são filhas de pais dependentes de drogas ilícitas. Apesar da maioria dessas crianças terem família, 77% não receberam qualquer visita no abrigo.[69]

Pesquisa realizada em São Paulo, em uma região de alto consumo de crack e outras drogas, mostrou que 100% das gestações das usuárias de crack avaliadas não foram planejadas e que o número de filhos por mulher (3,4 filhos / mulher) é quase o dobro da taxa nacional.[70] Além disto, foram verificadas altas taxas de sífilis (20,4% *vs.* 1, 6%), HIV (8,2% *vs.* 0,4%) e hepatite C (2.2% *vs.* 1.38%) nestas mulheres comparadas com as taxas destas enfermidades observadas na população brasileiras.[68,70]

Somado ao aumento de frequência de DSTs, estas mulheres têm maior taxa de complicações obstétricas e neonatais, o que faz com que os custos das gestações não planejadas nelas sejam ainda mais altos que na população geral.

Nesta pesquisa, foram oferecidos métodos contraceptivos para estas mulheres e, entre as que optaram pelo implante liberador de ENG, foi avaliada a potencial economia que este método traria para os cofres públicos.

Foi estimado que o uso de implante de ENG em 101 usuárias de crack significaria uma economia de R$ 341.643,50 em três anos, considerando apenas os custos da gestação, ou seja, não computando os custos de abrigamento da maioria das crianças destas mulheres e outros custos sociais e financeiros relacionados a estas crianças.[70]

Desta forma, o oferecimento de LARCs para esta população tem não só um impacto financeiro importante, mas especialmente um impacto de

prevenção de gestações não planejadas e de abrigamento de crianças advindas destas gestações. Os LARCs seriam uma opção disponível para as que preferem métodos que não necessitam de lembrança frequente para garantir eficácia contraceptiva.

EFEITOS DOS LARCS EM INDICADORES DE SAÚDE FEMININA E RECOMENDAÇÕES

As características dos LARCs fazem com que estes tenham efeitos muito mais pronunciados na melhora dos indicadores de redução de aborto provocado, gestação não planejada e morbimortalidade materna que os métodos de curta duração.[61,71]

Por esta razão, muitas organizações internacionais de saúde, sociedades de especialidades médicas e organizações não governamentais recomendam que as mulheres sejam aconselhadas sobre os LARCs e que se aumente o acesso a estes métodos para todas as mulheres, inclusive adolescentes e nulíparas.[53,64,72-73]

Recentemente, a OMS incluiu todos os LARCs em sua lista de medicações essenciais para um sistema de saúde básico; esta lista inclui os medicamentos mais eficazes, seguros, custo-efetivos para condições de saúde prioritárias.[74]

Considerando que menos de 2% das usuárias de métodos contraceptivos usam LARCs no Brasil e que a taxa de gestação não planejada no país saltou de 46% para 55%,[66,75] é vital que se amplie o acesso aos LARCs, especialmente no sistema público de saúde. Diferentemente do Brasil, no Reino Unido cerca de 31% das usuárias de métodos contraceptivos usam LARCs e a taxa de gestação não planejada é de 16,2%. O quadro 1 resume as principais evidências e vantagens sobre os LARCs.

Quadro 1: Principais evidências em relação ao uso dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração

Os LARCs são os métodos mais eficazes e com maiores taxas de satisfação e continuidade disponíveis atualmente
A eficácia não depende do coito, motivação da usuária ou adesão
São os métodos mais custo-efetivos existentes
Apresentam poucas contraindicações
Devem ser oferecidos no pós-parto e no pós-aborto
São indicados para adolescentes, nulíparas e mulheres em situação de vulnerabilidade
Estão associados à maior redução das taxas de gestação não planejada e de aborto provocado

CONCLUSÃO

Desta forma, melhorar a qualidade do aconselhamento da equipe de saúde em LARCs, implementar treinamento em uso e manejo de LARCs na formação dos profissionais médicos e garantir o acesso gratuito aos LARCs para as mulheres são fundamentais na melhora dos indicadores de saúde feminina, em especial na redução de gestação não planejada e de aborto provocado.[57-58,76]

Referências Bibliográficas

1. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. Am J Obstet Gynecol. 2010;203(2) :115.e1-7. **2.** WHO 2011. Family Planning: A Global handbook for Providers. Baltimore and Geneva:CCP and WHO, 2011.Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html **3.** Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. Contraception. 2011;84:478-485. **4.** Le H, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu H. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. Int J Womens Health. 2014;2014(6):663–70 **5.** Modi MN, Heitmann RJ, Armstrong AY. Unintended pregnancy and the role of long-acting reversible contraception. Expert Rev Obst Gynecol. 2013;8(6):549–58. **6.** Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência- Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428p. **7.** Fusco CLB, Silva, RS, Andreoni, S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. Cad Saúde Pública. 2012;28(4):709-719. **8.** Espey E, Ogburn T. Long-acting reversible contraceptives: intrauterine devices and the contraceptive implant. Obstet Gynecol 2011; 117:705–19. **9.** Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception 2011;83(5):397–404. **10.** O'Neil-Callahan M, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura G.

Twenty-Four–Month Continuation of Reversible Contraception. Obstet Gynecol. 2013;122(5):1083-91. **11.** Huber J, Wenzl R. Pharmacokinetics of Implanon. An integrated analysis. Contraception. 1998;58(6 Suppl):85S-90S. **12.** Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. Contraception. 2014;89(6):495-503. **13.** Bayer Healthcare Pharmaceuticals Inc. Mirena full prescribing information. 2014; Available at:http://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf **14.** Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. Am J Obstet Gynecol. 2007;196(4):297-308. **15.** Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non--contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. Hum Reprod Update 2015;21(5): 640–651. **16.** Beerthuizen R, van Beek A, Massai R, Mäkäräinen L, Hout J, Bennink HC. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. Hum Reprod. 2000;15(1):118-22. **17.** Merki-Feld GS, Imthurn B, Seifert B. Effects of the progestagen-only contraceptive implant Implanon on Cardiovascular risk factors. Clin Endocrinol (Oxf). 2008;68(3):355-60. **18.** Dorflinger LJ. Metabolic effects of implantable steroid contraceptives for women. Contraception. 2002;65(1):47-62. **19.** Lidegaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Carsten A. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. BMJ. 2009;339:b890. **20.** Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhães A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. Fertil Steril. 2013;100(2):445-50. **21.** Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception. 2010;82(1):17-37. **22.** Fraser IS. Introduction and summary of key clinical data. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008;13(Suppl 1):1-3. **23.** Lopez LM, Edelman A, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. Cochrane Database Syst Rev. 2013;7:CD008815. **24.** Hidalgo MM, Lisondo C, Juliato CT, Espejo-Arce X, Monteiro I, Bahamondes L. Ovarian cysts in users of Implanon and jadelle subdermal contraceptive implants. Contraception. 2006;73(5):532-6. **25.** Bahamondes L, Hidalgo M, Petta CA, Diaz J, Espejo-Arce X, Monteiro-Dantas C. Enlarged ovarian follicles in users of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and contraceptive implant. J Reprod Med. 2003;48(8):637-40. **26.** Hidalgo MM, Lisondo C, Juliato CT, Espejo-Arce X, Monteiro I, Bahamondes L. Ovarian cysts in users of Implanon and jadelle subdermal contraceptive implants. Contraception. 2006;73(5):532-6. **27.** Belsey EM, Machin D, d'Arcangues C. The analysis of vaginal bleeding patterns induced by fertility regulating methods. World Health Organization Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Contraception. 1986;34(3):253-60. **28.** Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008;13(1):13-28. **29.** Jensen J, Mansour D, Lukkari-Lax E, Inki P, Burock K, Fraser IS. Bleeding patterns with the evonorgestrel-releasing intrauterine system when used for heavy menstrual bleeding in women without structural pelvic pathology: a pooled analysis of randomized controlled studies. Contraception. 2013;87(1):107-12. **30.** Hubacher D, Grimes DA. Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2002;57(2):120–128. **31.** Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. Hum Reprod Update 2015;21(5): 640–651. **32.** Hubacher D, Grimes DA. Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. Obstet Gynecol Surv. 2002;57(2):120–128. **33.** Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 4. Art. No.: CD002126. DOI: 10.1002/14651858.CD002126.pub3. **34.** World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. **35.** Hubacher D, Chen PL, Park S. Side effects from the cooper IUD: do they decrease over time? Contraception. 2009;79(5):356-62. **36.** Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of Intrauterine devices. Obstet Gynecol. 2014;123(3):585-92. **37.** World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. Family Planning: A global handbook for providers (2011 Update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2011. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html. **38.** Ministério da Saúde do Brasil. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília - DF. 2010. http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf. **39.** Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception. 2015. Sep 26. pii: S0010-7824(15)00585-5. **40.** Centers for Disease Control and Prevention. Postpartum care visits--11 states and New York City, 2004. MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2007; 56(50):1312-6. **41.** World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO 2015. Accessed on 16 March 2016 from: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/ **42.** Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? American Journal of Obstetrics and Gynecology 2012; 206(6):481.e17. **43.** Cohen R, Sheeder J, Arango N, Teal SB, Tocce K. Twelve-month contraceptive continuation and repeat pregnancy among young mothers choosing postdelivery contraceptive implants or postplacental intrauterine devices. Contraception 2016; 93(2):178-83. **44.** 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; 82(3):256-9. **45.** Braga GC, Ferriolli E, Quintana SM, Ferriani RA, Pfrimer K, Vieira CS. Immediate postpartum initiation of etonogestrel-releasing implant: A randomized controlled trial on breastfeeding impact. Contraception. 2015 Dec;92(6):536-42. **46.** Han L, Teal SB, Sheeder J, Tocce K. Preventing repeat pregnancy in adolescents: is immediate postpartum insertion of the contraceptive implant cost effective? Am J ObstetGynecol. 2014 Jul;211(1):24.e1-7. **47.** Gariepy AM, Duffy JY, Xu X. Cost-Effectiveness of Immediate Compared With Delayed Postpartum Etonogestrel Implant Insertion. Obstet Gynecol. 2015 Jul;126(1):47-55. **48.** Rodriguez MI, Caughey AB, Edelman A, Darney PD, Foster DG. Cost-benefit analysis of state- and hospital-funded postpartum intrauterine contraception at a university hospital for recent immigrants to the United States. Contraception. 2010 Apr;81(4):304-8. **49.** Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. Acta Endocrinol. 1988;118:161–7. **50.** Diniz D, Medeiros M. Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique. Cien Saude Colet. 2010 Jun;15 Suppl1:959-66. **51.** Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. BJOG. 2012,119(9):1074-80. **52.** Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011.N Engl J Med. 2016 Mar 3;374(9):843-52. **53.** UNFPA. 2013. ADOLESCENT PREGNANCY: A Review of the Evidence. New York: UNFPA. Available at: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf. **54.** http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def **55.** Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. Contraception. 2011 Nov;84(5):493-8. **56.** Abraham M, Zhao Q, Peipert JF. Young Age, Nulliparity, and Continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. Obstet Gynecol. 2015 Oct;126(4):823-9. **57.** Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. N Engl J Med. 2012; 366(21):1998-2007 **58.** Secura G, Madden T, McNicholas C, et al. Provision of No-Cost Long-Acting Contraception and Teen Pregnancy.N Engl J Med. 2014; 371(14):1316-23 **59.** Lyus R, Lohr P, Prager S; Board of the Society of Family Planning. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. Contraception. 2010 May;81(5):367-71. **60.** Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. Obstet Gynecol. 2014 Oct;124(4):718-26. **61.** Bahamondes MV, Hidalgo MM, Bahamondes L, Monteiro I. Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidas. Contraception. 2011 Nov;84(5):e11-6. **62.** Caddy S, Yudin MH, Hakim J, Money DM; Infectious Disease Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. J Obstet Gynaecol Can. 2014; 36(3):266-76. **63.** Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. N Engl J Med. 2001 Aug 23;345(8):561-7. **64.** Committee on Adolescence. Contraception for adolescents. Pediatrics 2014;134:e1244–e1256. **65.** Russo JA, Chen BA, Creinin MD. Primary care physician familiarity with U.S. medical eligibility for contraceptive use. Fam Med. 2015 Jan;47(1):15-21. **66.** Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, et al. Prenatal care in Brazil. Cad Saude Pública. 2014;30 (Suppl 1):S1-15. **67.** Brandão K de S, Lima BG, Travassos AG, et al. Dual contraception adherence among HIV-infected women. Rev Bras Ginecol Obstet 2015;37:486-91. **68.** Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014. Available at: http://www.obid. senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786.pdf. **69.** Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Available at: http://www.cnmp.gov.br/portal/noticia/3702-cnmp-divulga-dados-sobre-acolhimento-de--criancas-eadolescentes **70.** Sakamoto LC, Malavasia AL, Karasin AL, Frajzinger RC, Araújo MR, Gebrim LH. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. Reprod Clim 2015; 30(3):102–107. **71.** Bahamondes L, Bottura BF, Bahamondes MV, Gonçalves MP, Correia VM, Espejo-Arce X, Sousa MH, Monteiro I, Fernandes A. Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic. Hum Reprod. 2014 Oct 10;29(10):2163-70. **72.** Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), and Reproductive Health Supplies Coalition. 2013. 2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice. Available at www.popcouncil.org/pdfs/2013RH_BellagioConsensus.pdf **73.** Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. Obstet Gynecol. 2015;126(4):e44-8. **74.** World Health Organization. 19th WHO Model List of Essential Medicines. 2015. Available at: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf?ua=1. **75.** Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia. 2006. Available at http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf **76.** Parks C, Peipert JF. Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long--acting reversible contraception (LARC). Am J Obstet Gynecol. 2016 Feb 12. pii: S0002-9378(16)00301-X.

SAÚDE

Gravidez não planejada atinge 62% das mulheres no Brasil

Pesquisa da Bayer revelou dados alarmantes sobre o uso de métodos contraceptivos e gestações inesperadas.

Compartilhar: Facebook Twitter Email

A decisão de ter um filho representa um marco na vida de qualquer casal. Trata-se de uma fase complexa que requer planejamento antes mesmo de conceber um bebê. Além de investir em cuidados físicos, os pais precisam estar em sintonia e preparados psicologicamente para encarar as dores e as delícias da paternidade ou da maternidade. Leia mais: **antes de tentar engravidar, futura mamãe precisa cuidar da saúde**.

Em teoria, a chegada de uma criança deveria ser sempre esperada e celebrada, sendo fruto de um bom planejamento familiar. No entanto, infelizmente isso não é o que acontece na maioria dos lares brasileiros. Em razão da desinformação, ausência ou uso incorreto de métodos contraceptivos, muitas mulheres se surpreendem ao se descobrirem grávidas. Veja no Blog Bayer: **como escolher o melhor método contraceptivo?**

Cerca de 62% das mulheres já tiveram pelo menos uma gravidez não planejada no Brasil. Esse índice alarmante foi revelado por uma pesquisa da Bayer, em parceria com a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) e realização pelo IPEC (Inteligência em Pesquisa e Consultoria). O percentual brasileiro ficou muito acima da taxa média mundial de gestações não intencionais, que é de 40%.[1]

Dificuldades para prevenir gestações

De acordo com a pesquisa, a gravidez não planejada ocorre principalmente por dificuldades relacionadas ao uso de contraceptivos. Entre os problemas, as entrevistadas apontaram “não fazer uso de método” (34%), “falha do método” (27%) e “uso de maneira errada” (20%).

A importância de se informar sobre o tema também foi destaque no estudo: 65% das entrevistadas afirmaram que, se tivessem mais conhecimento sobre contraceptivos na época em que engravidaram, poderiam ter evitado a gestação. Entre agosto e setembro de 2021, a pesquisa ouviu mil mulheres que já engravidaram. As participantes, das classes sociais A, B e C, e residentes em todas as regiões do Brasil, foram entrevistadas on-line sobre gestação e acesso aos métodos contraceptivos.

Experiência sexual e contracepção

Confira alguns resultados da pesquisa da Bayer em parceria com a Febrasgo, conduzida pelo IPEC, que entrevistou mil mulheres

- 68% das mulheres iniciaram a vida sexual até os 18 anos.
- 66% não tiveram consulta com ginecologista antes de ter a primeira relação.
- 29% não sabiam que deveriam passar por uma consulta ginecológica antes de iniciar a vida sexual.
- 27% não procuraram um ginecologista porque tiveram vergonha.
- 53% das entrevistadas aprenderam sobre contracepção com um profissional de saúde.
- 27% aprenderam sobre o tema na escola.
- 23% das mulheres usam contraceptivo por conta própria, sem a adequada prescrição médica. Fonte: pesquisa Bayer.

Fonte: pesquisa Bayer

Métodos contraceptivos

Para combater o alto índice de gravidez não planejada, é preciso informar a população sobre as características dos vários métodos contraceptivos disponíveis. Há inúmeras opções, tais quais adesivo, anel, diafragma, coito interrompido, espermicida, preservativo, pílula anticoncepcional, DIUs, entre outros.[2] Conheça todos eles aqui no Blog Bayer: **bê-á-bá da contracepção.**

Também é fundamental orientar sobre o uso dos contraceptivos. Entre os mais populares, a pílula anticoncepcional tem taxa de eficácia de 93%, desde que seja tomada diariamente sempre no mesmo horário, por exemplo. A camisinha, quando é utilizada de forma correta, tem eficácia de 83%.

“A escolha do método contraceptivo deve ser sempre realizada em consultório com a devida orientação da ginecologista, pois, além de ser avaliado o método mais adequado de acordo com a saúde da mulher e seus planos familiares, as orientações de como funciona, adaptações ao método e possíveis mudanças podem ser feitas de forma mais assertiva”, afirma a Dr.ª Maria Celeste Osório Wender, ginecologista, professora titular do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e diretora de Valorização Profissional da Febrasgo.

Segurança e comodidade

Quem está buscando soluções para evitar uma gestação pode se interessar principalmente pelos métodos contraceptivos de longa ação, conhecidos pela sigla LARC (Long-Acting Reversible Contraceptives), que englobam implantes hormonais e dispositivos intrauterinos. Entenda mais sobre o tema no blog: **que tal repensar o método contraceptivo?** O grande benefício dessa categoria é oferecer segurança a longo prazo, com eficácia comprovada de 99,2% a 99,9%, além da comodidade de não depender da boa memória da usuária para surtir efeito.

“Os métodos contraceptivos de longa ação, como DIUs hormonais, DIU de cobre e implante, dão mais liberdade para as mulheres. A colocação é simples e, no caso do DIU, desde que seja feito um acompanhamento para garantir que ele está no local correto, a mulher pode viver tranquilamente sabendo que a eficácia e a segurança do método se mantém”, explica a Dr.ª Maria Celeste.

Por que as gestações inesperadas preocupam?

Qualquer gestação naturalmente causa mudanças físicas no corpo de uma mulher que precisam ser acompanhadas com cuidado. No caso de uma gravidez não planejada, há riscos adicionais em decorrência dos impactos emocionais e alterações na rotina dessa mulher. A falta de planejamento familiar pode interferir na decisão de amamentar, no vínculo com o bebê e aumentar a chance de desenvolvimento de depressão pós-parto[3], por exemplo. Leia mais: **os riscos da gravidez não planejada.**

De modo amplo, a gravidez não planejada pode trazer efeitos nocivos para a sociedade, pois compromete a qualidade de vida de muitas mulheres, interfere nas relações familiares e na formação de crianças. Trata-se de um problema de saúde pública que ficou ainda mais em evidência durante a pandemia do coronavírus.

De acordo com a Dr.ª Thaís Ushikusa, que é ginecologista, obstetra e gerente médica de Saúde Feminina da Bayer, a sobrecarga do sistema de saúde e a dificuldade de acesso aos métodos contraceptivos durante a pandemia interferem no planejamento familiar. “O medo de contrair o vírus faz com que muitas mulheres optem por não ir ao consultório médico. Mas esse receio não pode ser maior do que o cuidado com as possíveis consequências de uma gravidez não planejada, especialmente em adolescentes. Essas meninas estão mais propensas à pobreza, ao desemprego, a menores salários e a menor nível educacional quando comparadas com aquelas que não engravidam nessa fase da vida”, afirmou a Dr.ª Thaís em artigo para a revista Veja Saúde.[4]

A Bayer, que é líder no segmento de saúde feminina, desenvolve várias iniciativas para conscientizar sobre planejamento familiar e contracepção. Entre os destaques, a Bayer apoia o movimento on-line **#LiberdadeVemDeDentro**, que promove um diálogo transparente sobre sexualidade e empoderamento feminino para derrubar tabus e orientar sobre os métodos contraceptivos.[5]

Outra novidade da Bayer voltada para o público feminino foi o lançamento do aplicativo móvel “Meu DIU”, uma ferramenta baseada em inteligência artificial que permite monitorar o uso do DIU de forma personalizada e tirar as dúvidas das pacientes sobre contracepção.[6] Saiba mais: **apps Bayer - informações confiáveis na palma da mão.**

PP-KYL-BR-0804-1.

Referências:

[1] **https://www.bayer.com.br/pt/blog/contracepcao-nao-deve-ser-tabu**

[2] **https://www.bayer.com.br/pt/blog/contracepcao-voce-precisa-saber-evitar-uma-gestacao-indesejada**

[3] **https://www.gineco.com.br/saude-feminina/materias-2/os-riscos-das-gestacoes-nao-planejadas**

[4] **https://saude.abril.com.br/blog/com-a-palavra/precisamos-lidar-com-a-gravidez-nao-planejada-em-tempos-de-coronavirus/**

[5] **https://www.liberdadevemdedentro.com.br/pt-br**

[6] **https://www.bayer.com.br/pt/blog/apps-bayer-sanam-duvidas-pacientes**

Compartilhar: Facebook Twitter Email

Última Atualização: Terça, Abril 19, 2022

Assuntos de Interesse

- Consumer Health
- Crop Science
- Pharmaceuticals

Links

- Política de Conformidade (.pdf)
- Política de Comentários (.pdf)
- Política de Privacidade - Redes Sociais (.pdf)
- Política global de Compliance
- Política global de Proteção de dados e Privacidade

Fale Conosco

Confira nossos endereços e telefones para contato

CONTATO

Siga-nos

- Condições Gerais
- Política de Privacidade
- Configurações dos Cookies
- Imprint
- Detalhes Técnicos
- Mapa do Site

Copyright © Bayer S.A

Top

Nações Unidas
ONU News (/pt/)
Perspectiva Global Reportagens Humanas

OMS: gravidez indesejada resulta de falta de serviços de planejamento familiar BR

© **Unicef** | A pesquisa foi realizada em 36 países da região da Ásia-Pacífico.

25 outubro 2019 | Saúde (/pt/news/topic/health)

Novo estudo (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782419304305?via%3Dihub) da Organização Mundial da Saúde (https://www.who.int/) pesquisou 36 países da região Ásia-Pacífico e descobriu que 66% das mulheres sexualmente ativas, que queriam adiar a gravidez, pararam de usar contraceptivos por vários motivos; 85% delas engravidaram já no primeiro ano.

A falta de serviços de planejamento familiar e de informação sobre a possibilidade de engravidar estão entre as principais causas da gravidez indesejada.

Num novo estudo (https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010782419304305?via%3Dihub) da Organização Mundial da Saúde, OMS (https://www.who.int/), na região da Ásia-Pacífico, a agência constatou que uma em quatro mulheres teve uma gravidez indesejada após abandonar o uso de contraceptivos.

Novo estudo da OMS, na região da Ásia-Pacífico, a agência constatou que uma em quatro mulheres teve uma gravidez indesejada após abandonar o uso de contraceptivos. Foto: Unicef/ishwanathan

Efeitos colaterais

A pesquisa, realizada em 36 países da região, indica ainda que dois terços das mulheres sexualmente ativas que queriam adiar a gravidez, ou ter menos filhos, deixou de usar a pílula por causa de efeitos colaterais, preocupações com a saúde e até mesmo acreditarem que não engravidariam. No total, 25% tiveram a gravidez.

Para a OMS, as altas taxas de gravidez indesejada estão relacionadas à falta de serviços de planejamento familiar.

A agência explica que a falta de intenção de engravidar não tem o mesmo significado que gravidez indesejada. No caso da falta de intenção, existem riscos de saúde para a mãe e o bebê como desnutrição, doenças, negligências e até mesmo a morte.

A gravidez sem propósito também leva a ciclos de alta fertilidade, mina potenciais de educação e emprego e conduz à pobreza. Todos desafios que podem se espalhar por gerações.

Opas | Mulheres continuam realizando grande parte dos cuidados não remunerados.

Aborto

O estudo da OMS também lembra que métodos modernos de contracepção têm um papel vital para evitar a gravidez não-intencional.

No caso dos países pesquisados, 85% das mulheres que pararam de usar os contraceptivos engravidaram logo no primeiro ano.

Já dentre as mulheres que fizeram aborto, metade tinha deixado de usar os contraceptivos por vários motivos.

A médica do Escritório de Saúde Reprodutiva e Materna do Escritório Regional do Oeste do Pacífico, Mari Nagai, diz que a alta qualidade de serviços de planejamento familiar benéfica não só a saúde materno-infantil como as taxas de desenvolvimento econômico-social, de educação e os níveis de autonomia da mulher.

Gravidez indesejada continua sendo um problema importante de saúde pública. Em todo o mundo, anualmente, 74 milhões de mulheres vivendo em países de rendas baixa e média engravidaram sem intenção. O quadro causou 25 milhões de abortos em condições inseguras e 47 mil mortes maternas.

Para a OMS, os serviços de saúde precisam promover o uso eficiente de métodos de contracepção que atendam às mulheres, além disso é preciso saber as preocupações das mulheres com os métodos que utilizam.

Mulheres em idade reprodutiva que queiram trocar os contraceptivos precisam ser bem informadas, aconselhadas e terem seus direitos e dignidade respeitados.

♦ Receba atualizações diretamente no seu email - **Assine aqui a newsletter** (https://news.un.org/pt/content/un-newsletter-subscribe) da ONU News

♦ Baixe o aplicativo/aplicação para - **iOS** (https://itunes.apple.com/us/app/un-news-reader/id496893005?mt=8) ou **Android** (https://play.google.com/store/apps/details?id=org.un.mobile.news&hl=en)

♦ Siga-nos no **Twitter (https://twitter.com/ONUNews)**! Assista aos vídeos no **Youtube** (https://www.youtube.com/onunews) e ouça a rádio no **Soundcloud** (https://soundcloud.com/onunews)

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (/PT/TAGS/ORGANIZA%C3%A7%C3%A3O-MUNDIAL-DA-SA%C3%BADE) | OMS (/PT/TAGS/OMS) | PLANEJAMENTO FAMILIAR (/PT/TAGS/PLANEJAMENTO-FAMILIAR) | REGIÃO DA ÁSIA-PACÍFICO (/PT/TAGS/REGIAO-DA-ASIA-PACIFICO) | GRAVIDEZ NÃO-INTENCIONAL (/PT/TAGS/GRAVIDEZ-NAO-INTENCIONAL) | GRAVIDEZ INDESEJADA (/PT/TAGS/GRAVIDEZ-INDESEJADA) | MULHERES (/PT/TAGS/MULHERES) | ONU (/PT/TAGS/ONU)