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

TERMO DE DOAÇÃO E COOPERAÇÃO

ACORDO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O **HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - HCFMB,** COM A **INTERVENIÊNCIA DA FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR - FAMESP** E O **MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL,** COM O OBJETIVO DA COOPERAÇÃO TÉCNICA E CIENTÍFICA PARA O DESENVOLVIMENTO DE PROJETO QUE CONTEMPLA A OFERTA E INSERÇÃO DE MÉTODO CONTRACEPTIVO DE LONGA DURAÇÃO 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**, e o **O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU,** Autarquia Estadual criada pela Lei Complementar nº 1.124/2010, com sede na avenida Prof. Mario Rubens Guimarães, s/nº, Distrito de Rubião Junior, Campus Unesp de Botucatu-SP, CEP 18.618-687, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 12.474.705/0001-20, doravante designado "HCFMB", neste ato devidamente representado por seu Superintendente em exercício, **Dr. José Carlos Souza Trindade Filho** , portador do CPF nº 094.527.058-50, e da cédula de identidade RG nº 9.436.942; e por fim, como Interveniente, a **FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO E HOSPITALAR** , entidade de direito privado sem fins lucrativos, sediada na rua João Butignoli, s/nº, Distrito de Rubião Junior, CEP 18.618-220, Botucatu, Estado de São Paulo, inscrita no CNPJ sob o nº 46.230.439/0001-01, reconhecida como Entidade de Utilidade Pública (Decreto nº 1123/2002), Estadual (Lei nº 4.409/1984) e Municipal (Lei nº 2.367/1983), portadora do Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEAS, através da Resolução 152/03 do Conselho Nacional de Assistência Social-CNAS, qualificada como Organização Social de Saúde-OSS, conforme publicação no Diário Oficial do Estado de São Paulo, em 28 de junho de 2.011, doravante denominada FAMESP, tendo como seu representante legal seu Diretor Presidente, Professor Doutor **Antonio Rugolo Júnior,** portador do RG nº 7.485.822-1 e inscrito no CPF sob nº 021.229.298-63, nos termos do artigo 39, XII do Regimento Interno da FAMESP.

1. **considerando** que a Companhia Paulista de Força e Luz – CPFL firmou Termo de Ajustamento de Conduta 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

Assinado digitalmente em 30/06/2022 20:46. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

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

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 do HCFMB é um serviço que recebe gestantes de toda a região da DRS-VI de Bauru, sendo referência no atendimento especializado para 68 municípios que abrange dois milhões de pessoas, trabalho inteiramente voltado às usuárias do SUS (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE). O Serviço de Obstétrica recebe toda a demanda destas localidades, atendendo no pronto atendimento da mulher aproximadamente 40 gestantes por dia, destacando que são realizados, em média, 200 (duzentos) partos/mês. Importante ressaltar que o pronto atendimento da MATERNIDADE DO HCFMB realizou, no ano de 2021, 21.205 atendimentos;

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 grupos vulneráveis, como adolescentes, mulheres com doenças associadas (lúpus, epilepsia, transplantadas, portadoras de HIV, entre outras), usuárias de drogas, e/ou 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 pelo Departamento de Obstetrícia e Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, inclusive acerca do elevado custo de uma gravidez não planejada no Brasil, estimado em R$ 2.293,00, 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** o projeto apresentado Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), UNESP, em ação conjunta com o Ambulatório de Planejamento Familiar, Maternidade, Pré Natal e Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade

Assinado digitalmente em 30/06/2022 20:46. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

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

de Medicina de Botucatu, UNESP, consistente em ação de atenção contraceptiva que inclui a inserção de implantes contraceptivos na população de mulheres no período pós-parto imediato ou na menacme em idade reprodutiva atendidas na Instituição (puerpério imediato, pré natal, SARAD, e ambulatórios de ginecologia), com intuito de prevenir gestações não planejadas, suas recorrências precoces e propiciar oportunidades de retorno à escola e ao mercado de trabalho dessas mulheres;

9. **considerando** que a Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu atende pacientes do município e da região, realizando orientação das puérperas acerca dos métodos contraceptivos de longa ação reversível disponíveis e a 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 o presente termo foi submetido à análise e aprovação da Diretoria Administrativa da FAMESP;

11. **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 o HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU com a INTERVENIÊNCIA DA FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR, assume, perante o Ministério Público Federal (MPF), a 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 implementação, pela MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - HCFMB, de ação de atenção contraceptiva que inclui a oferta e inserção de implantes contraceptivos na população de mulheres no período pós-parto imediato e menacme em idade reprodutiva atendidas na Instituição (puerpério imediato, pré-natal, SARAD e ambulatórios de ginecologia), com recursos doados pela Companhia Paulista de Força e Luz – CPFL, a partir de indicação do projeto pelo MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL.

DAS OBRIGAÇÕES

CLÁUSULA SEGUNDA. O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU - HCFMB, com a INTERVENIÊNCIA DA FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR, aceita a doação do valor necessário para a execução da iniciativa objeto do presente termo, no montante total de R$ 270.000,00 (duzentos e setenta mil reais).

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU utilizará os valores doados exclusivamente para aquisição de implante liberador de etonogestrel — implantes que serão inseridos gratuitamente em pacientes do HCFMB no pós-parto imediado ou menacme de acordo com critérios técnicos de inclusão definidos na proposta de ação objeto do ANEXO I.

PARÁGRAFO SEGUNDO. Os recursos serão aportados de acordo com o proposto no ANEXO I, da seguinte forma:

Assinado digitalmente em 30/06/2022 20:46. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

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

a. aquisição de 600 (seiscentos) implantes de etonogestrel para inserção em pacientes ao longo de 24 (vinte e quatro) meses;

PARÁGRAFO TERCEIRO. A FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR na qualidade de gestora e executora dos recursos doados, 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 14,133/2021, nos termos do artigo 50, II do Regimento de compras da FAMESP e do artigo 50, parágrafo único do 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 HOSPITALAR – FAMESP como destinatária beneficiado pela doação de R$ 270.000,00, com imediata comunicação da indicação à MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-HCFMB.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. Os recursos serão depositados pela CPFL, na **Conta 19004-7, Agência 5556-5, do Banco do Brasil**, 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 prestação de contas final e disponibilizar ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL cópia do procedimento formalizado para a compra dos materiais indicados no PARÁGRAFO SEGUNDO da CLÁUSULA SEGUNDA.

PARÁGRAFO PRIMEIRO. O valor doado será depositado pela CPFL na conta bancária indicada no PARÁGRAFO PRIMEIRO da CLÁUSULA TERCEIRA, e servirá exclusivamente ao financiamento da execução do Projeto ANEXO I deste Termo.

CLÁUSULA QUINTA. A MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-HCFMB 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 (resguardado 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 DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-HCFMB poderá, fundamentadamente, propor ao MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL a alteração do Plano de Ação beneficiado pela doação. O MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL poderá recusar, fundamentadamente, a

Assinado digitalmente em 30/06/2022 20:46. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

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

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 o Plano de Ação 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

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, através Procedimento de Acompanhamento nº 1.34.003.000119/2022-32.

PARÁGRAFO SEGUNDO. A MATERNIDADE DO HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU-HCFMB, 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 contas dos recursos já aportados no projeto.

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 plano de ação objeto deste termo e detalhado no ANEXO I.

CLÁUSULA NONA. A FAMESP, na aplicação dos recursos recebidos em razão deste Termo de Compromisso, fica sujeito também à fiscalização e controle do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, sem prejuízo da adoção, pelo Ministério Público Federal ou Estadual, 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 DO HCFMB 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. O O HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE

Assinado digitalmente em 30/06/2022 20:46. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

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

DE MEDICINA DE BOTUCATU, a FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR 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, o HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DE BOTUCATU e a FUNDAÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO MÉDICO HOSPITALAR.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA . Fica autorizada a divulgação do presente Termo de Doação e 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 Doação e Cooperação, com assinatura eletrônica, para que produza os efeitos legais, em juízo e fora dele.

Bauru, 28 de junho de 2022.

PEDRO ANTONIO DE OLIVEIRA MACHADO
Procurador da República

Prof. Adj. Dr. JOSÉ CARLOS SOUZA TRINDADE FILHO

Superintendente em exercício do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu

Prof. Dr. ANTONIO RUGOLO JUNIOR
Diretor Presidente da FAMESP

Dra. VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES
Professora Associada e Coordenadora do Projeto

Assinado digitalmente em 30/06/2022 20:46. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

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

Assinado digitalmente em 30/06/2022 20:46. Para verificar a autenticidade acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL

Assinatura/Certificação do documento **PRM-BAU-SP-00003152/2022 TERMO DE COOPERAÇÃO**

Signatário(a): **VERA THEREZINHA MEDEIROS BORGES**
Data e Hora: **01/07/2022 09:10:18**
Assinado com login e senha

Signatário(a): **ANTONIO RUGOLO JUNIOR**
Data e Hora: **01/07/2022 10:18:30**
Assinado com certificado digital

Signatário(a): **PEDRO ANTONIO DE OLIVEIRA MACHADO**
Data e Hora: **30/06/2022 20:46:54**
Assinado com certificado digital

Signatário(a): **JOSE CARLOS SOUZA TRINDADE FILHO**
Data e Hora: **01/07/2022 09:28:36**
Assinado com login e senha

Acesse http://www.transparencia.mpf.mp.br/validacaodocumento. Chave e8164508.f1c59c5e.d001c925.208ddfae

Ofício nº 72/2022 - DGO/vtmb

Botucatu, 13 de abril 2022.

Ilmo. Senhor
Dr. Pedro Antonio de Oliveira Machado
Procurador da República

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 (lúpus, epilepsia, transplantadas, portadoras de HIV, entre outras) 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.

Nosso projeto visa trazer benefícios contraceptivos de alta qualidade no período pós-parto imediato reduzindo a incidência de gestação não planejada e sua recorrência na população em idade reprodutiva do município de Botucatu e região, atendidas no HC-FMB/UNESP.

Solicitamos especial atenção aos potenciais benefícios, diretos e indiretos, de curto e médio prazo, ao longo do qual esperamos observar melhora nos índices socioeconômicos de nossa população.

Atenciosamente,

VBorges

Profa. Associada Vera Therezinha Medeiros Borges
Coordenadora do projeto

Projeto de Assistência

IMPLANTE CONTRACEPTIVO EM MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO E NA MENACME

Equipe de Trabalho: Vera Therezinha Medeiros Borges[1]; Daniel Spadoto-Dias[2]; Flávia Neves Bueloni-Dias[3]; Cláudia Garcia Magalhães[3]; Eneida Maria Boteon Schimit[3]; Juliane Rosa Poiati[3]

1- Professora Associada do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

2- Professor Assistente Doutor do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

3- Médica Assistente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP.

Local de Trabalho: Maternidade do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu, Setor de Endoscopia Ginecológica e Planejamento Familiar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu (HCFMB), UNESP

Botucatu - SP

2022

IMPLANTE CONTRACEPTIVO EM MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO E NA MENACME

Apesar das taxas de fertilidade de muitos países, inclusive o Brasil, estarem em decréscimo (1,2), as taxas de gestações não-planejadas têm se mantido altas em nosso país e no mundo (2). Estima-se que 41% das gestações mundiais não são planejadas, e no Brasil mais da metade das gravidezes podem ser consideradas como não planejadas, principalmente entre adolescentes (2,3). Em grupos vulneráveis, como adolescentes, mulheres com doenças associadas (lúpus, epilepsia, transplantadas, portadoras de HIV, entre outras) e usuárias de drogas, baixa condção socio economica, esta taxa é ainda maior, variando de 60% a mais de 90% de gestações não-planejadas (4-6). Sabe-se que essas gestações estão associadas a vários prejuízos para a saúde materna, neonatal e infantil (tabela 1). Além disso, os riscos de morbidade grave ou mortalidade maternas são maiores nas mulheres que têm intervalos curtos entre uma gestação e outra (7). A maioria dessas gestações são devidas a não utilização de contraceptivos, do uso inconsistente ou incorreto e da descontinuação de uso, que na maior parte das vezes está relacionado com efeitos adversos e preocupações com a saúde (8,9). Cerca de 60 a 83,7% das primeiras gravidezes entre adolescentes não foram planejadas, e os principais fatores de risco para sua ocorrência são: desigualdade social e econômica, início precoce da vida sexual, história materna de gravidez na adolescência, falta de acesso a serviços específicos, não utilização ou utilização inconsistente de métodos contraceptivos e uso frequente de drogas ilícitas por familiares (10,11).

Além dos custos sociais e de saúde associados a uma gestação não-planejada (12) (tabela 1), há ainda os custos para o governo deste evento (13). Estima-se que para o Estado, o custo de uma gestação não planejada é de R$ 3232,67 E R$ 4,1 bilhões por ano, portanto o uso adequado de métodos contraceptivos poderia reverter este panorama (13,14). Os métodos modernos de contracepção apresentam alta eficácia, no entanto, sabe-se que 48% das mulheres que apresentaram uma gestação não-planejada estavam em uso de algum destes métodos quando engravidaram, mostrando a grande participação do uso inadequado dos métodos contraceptivos nas taxas de gestações não-planejadas (15). Isto se deve ao fato de que há uma discrepância entre as taxas de falha do uso perfeito do método contraceptivo e aquelas observadas com o uso típico do método, ou seja, na vida real (tabela 2) (16). Assim, o uso de contraceptivos que independem da motivação sistemática e da adesão da usuária para manter sua eficácia representam uma das grandes estratégias para redução das gestações não-planejadas (17).

Tabela 1: Repercussões maternas, neonatais e infantis de uma gestação não-planejada

Maternas	Neonatais e Infantis
Maior risco de pré-natal inadequado	Maior risco de vacinação incompleta (maior risco de cuidados preventivos incompletos)
Maior risco de aborto inseguro	Maior mortalidade neonatal
Maior risco de violência doméstica	Maior mortalidade infantil
Maior risco de parto prematuro	Maior risco de abandono
	Menor tempo de amamentação

Modificado de: Singh et al., *Matern Child Health* J 2012

Com o propósito de reduzir esses índices inquietantes, métodos contraceptivos são prescritos para mulheres cada vez mais jovens. O mais utilizado pelas mulheres é o anticoncepcional combinado hormonal oral (ACHO) por ser de livre acesso e fácil o uso, porém sua taxa de continuidade no final do primeiro ano de uso é de 67% (tabela 2). Um estudo canadense observou redução, na idade de iniciar o uso de anticoncepcionais, de 19 anos, em 1997, para 16 anos, em 2014 (18). Destacamos que métodos contraceptivos de longa ação (LARC) tem se mostrado como excelentes opções para todas as mulheres no tocante a eficácia e tempo de proteção. São considerados métodos de primeira escolha pela Academia Americana de Pediatria e Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas (ACOG), indo ao encontro das necessidades apresentadas por elas na utilização de métodos contraceptivos. Além disso sua taxa de continuidade no final do primeiro ano de uso é alta, e especificamente para o implante é de 84% (tabela 2). Barreiras quanto ao custo, acesso, desconhecimento sobre o método, mitos e verdades culturais divulgadas pela mídia dificultam sua implantação na prática tanto no Brasil, assim como, em vários países (19,20). A mulher tem direito à educação sexual, ao acesso à informação sobre contracepção, à confidencialidade e ao sigilo sobre sua atividade sexual e sobre a prescrição de métodos contraceptivos, não havendo infração ética ao profissional que assim se conduz (21).

Tendo em vista que a maioria dos métodos disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) depende da usuária para manterem sua eficácia (preservativo, pílulas e injetáveis), poderemos ter mais falhas contraceptivas do que o previsto. Isto ocorre principalmente pela má adesão aos métodos, fazendo-se necessário que métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (com duração igual ao superior a 3 anos, como implantes e dispositivos intrauterinos) estejam disponíveis para as mulheres. Para aumentar a possibilidade de os contraceptivos serem bem sucedidos, é recomendável que mulheres, homens ou casais estejam informados sobre a eficácia, a

efetividade, a segurança, a disponibilidade e a aceitabilidade de cada um deles. Além disso, o fornecimento de educação sexual abrangente, o aconselhamento, o apoio efetivo em planejamento familiar e a escolha de métodos contraceptivos modernos e acessíveis são fundamentais para a prevenção da gravidez não desejada.

Tabela 2 - Percentual de mulheres que engravidaram no primeiro ano de uso do método contraceptivo e percentual de continuidade do uso no final do primeiro ano.

Método	Uso típico (%)	Uso perfeito (%)	Continuidade (%)
Nenhum	85	85	
Coito interrompido	22	4	46
Comportamentais	24	?	47
Diafragma	12	6	57
Condom Masculino	18	2	43
Condom feminino	21	5	41
AHC	9	0,3	67
Injetável Trimestral	6	0,2	56
DIU-cobre	0,8	0,6	78
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

Adaptada de Trussell, 2011 (19). AHC – Anticoncepcional Hormonal Combinado (oral, anel vaginal ou adesivo) e oral apenas com progestagênio, DIU – Dispositivo intrauterino, SIU-LNG – Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

O implante é um LARC altamente eficaz, com taxas de falha de uso típico e perfeito inferiores a 0,1%, e pode permanecer no local por 3 anos. O implante é inserido na parte interna do braço por um médico treinado. É ideal para mulheres que

preferem um método que não requer adesão programada regularmente e que desejam um tempo de proteção prolongado. O implante contraceptivo também pode ser oferecido a mulheres grávidas e fornecidos no período pós-parto imediato, enquanto ainda estiver no hospital. A inserção pós-parto imediata de implantes é prática segura e eficaz que remove barreiras ao cuidado. Estudos sobre o uso de implante contraceptivo entre mulheres que amamentam geralmente não encontraram nenhum efeito no desempenho da amamentação ou na saúde e no crescimento do bebê. Ao iniciar um implante, as pacientes devem ser informadas de que um método de apoio (ou seja, preservativos ou abstinência) deve ser usado pelo menos na primeira semana para eficácia contraceptiva e que um preservativo deve ser usado em todos os momentos para proteção contra IST (20). Atualmente o preço de mercado do implante custa entre 800 a 1200 reais, mas para a compra com desconto máximo para o órgão público, o custo por unidade é vendido por aproximadamente R$ 450 reais. Devemos levar em consideração que tem validade de 3 anos.

Pensando nisso o HC-FMB/UNESP vem propor uma atenção contraceptiva eficaz para todas as mulheres no período pós-parto e na menacme do município de Botucatu e região, numa ação conjunta com o Ambulatório de Planejamento Familiar, Maternidade, Pré Natal e Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina de Botucatu, UNESP. A vigente proposta visa a inserção de implantes contraceptivos na população de mulheres no período pós-parto imediato ou na menacme em idade reprodutiva atendidas na Instituição (puerpério imediato, pré natal, SARAD, e ambulatórios de ginecologia), com intuito de previnir gestações não planejadas, suas recorrências precoces e propiciar oportunidades de retorno à escola e

ao mercado de trabalho cumprido-se o papel social da Instituição Pública de preservar o bem estar, a qualidade de vida e o futuro de nossas mulheres e seus descendentes.

Objetivo Geral

Disponibilizar o implante contraceptivo para mulheres no período pós-parto ou na menacme atendidas pelo HC-FMB/UNESP com intuito de reduzir os altos índices de gestação não planejada e sua recorrência precoce.

Objetivos específicos

Assegurar contracepção de alta eficácia;

Previnir a recorrência precoce de nova gestação não planejada;

Facilitar a reintegração das mulheres à escola e/ou mercado de trabalho;

Diminuir taxas de mortalidade materna e infantil.

Método

Durante a assistencia pré natal, desenvolvida no Ambulatório do HC da FMB e assistencia ao parto na Maternidade do HC/FMB será oferecido as pacientes a utilização do Implante de etonogestrel e o DIU de cobre. 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 1).

Para as mulheres não gestantes será oferecido o Implante de etonogestrel no Ambulatório de Planejamento Familiar do HC/FMB, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1).

Critérios de inclusão

- Puérperas que tenham dado à luz na Maternidade do HC/FMB, que manifestem desejo de uso do implante de etonogestrel após orientações contraceptivas.

- Mulheres atendidas no Ambulatório de Planejamento Familiar do HC/FMB que optarem pelo uso do implante de eonogestrel.

Critérios de exclusão

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

- Contraindicação segundo critérios da OMS33

Resultados esperados

Com este projeto procura-se melhorar o planejamento familiar e reprodutivo na população atendida no HC/FMB, ofertando LARC da mais alta qualidade e eficácia, para diminuir as taxas de gestações não planejadas e sua recorrência precoce. Essa redução é cumulativa, sendo esperada em até 5% no inicio da implementação (primeiros 2 anos) e até 40% no período de 10 anos. No médio prazo espera-se observar melhora nos índices socioeconômicos relacionados a gestação não planejada no município e região.

Orçamento

	Valor unitário	**Quantidade**	**Valor Total**
Implanon NXT	450,00	600	270.000,00

Considerando a inclusão de uma média de 25 pacientes ao mês, em um período de 24 meses, calculamos um total de 600 pacientes a serem beneficiadas com este projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde a criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
2. SINGH S, SEDGH G, HUSSAIN R. Unintended pregnancy: worldwide levels, trends, and outcomes. *Stud FamPlann*2010;41(4):241-50.
3. Rocha RCL, de Souza E, Soares EP, Nogueira ES, Chambô Filho A, Guazzelli CAF. Prematurity and low birth weight among Brazilian adolescents and young adults. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010 Jun;23(3):142–5.
4. Guttmacher Institute. Facts on Unintended Pregnancy in the United States. Disponível em http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Unintended-Pregnancy-US.html. Último acesso em 27 de dezembro de 2013.
5. Guttmacher Institute. Facts on the sexual and reproductive health of adolescent women in the developing world. Disponível em http://www.guttmacher.org/pubs/FB-Adolescents-SRH.pdf. Último acesso em 27 de dezembro de 2013.

6. Berquó E, Garcia S, Lima L. Youth and reproduction: demographic, behavioral and reproductive profiles in the PNDS-2006. *Rev SaudePublica*2012;46(4):685-93.

7. Schummers L, Hutcheon JA, Hernandez-Diaz S, Williams PL, Hacker MR, VanderWeele TJ, Norman WV. Association of Short Interpregnancy Interval With Pregnancy Outcomes According to Maternal Age. JAMA Intern Med. 2018 Dec 1;178(12):1661-1670. doi: 10.1001/jamainternmed.2018.4696. PMID: 30383085; PMCID: PMC6583597.

8. Centers for Disease Control and Prevention. Reproductive health. Disponível em: <https://www.cdc.gov/reproductivehealth/index.html>

9. 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 Jan;101(1):26–33.

10. Ministério da Saúde. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. 2009.

11. Martinez EZ, Roza DL Da, Caccia-Bava MDCGG, Achcar JA, Dal-Fabbro AL. Cad Saude Publica. 2011;27(5):855–67.

12. 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.

13. Trussell J. The cost of unintended pregnancy in the United States. Contraception 2007;75(3):168-70.

14. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I. Barriers to Implementing and Consolidating a Family Planning Program that would meet Brazilian Needs. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017 Aug;39(8):373-375. English. doi: 10.1055/s-0037-1604423. Epub 2017 Aug 3. PMID: 28772333.

15. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States, 1994 and 2001. Perspect Sex Reprod Health 2006;38:90–6.

16. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2011; 83: 397-404.

17. ACOG Committee Opinion. Increasing Use of Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. Obstetrics and Gynecology 2009, 114(6): 1434-8.

18. Prior JC. Adolescents' Use of Combined Hormonal Contraceptives for Menstrual Cycle – Related Problem Treatment and Contraception: Evidence of Potential Lifelong Negative Reproductive and Bone Effects. Women's Reprod Heal. 2016;3(2):73–92.

19. Contraception for Adolescents. COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Pediatrics Oct 2014, 134 (4) e1244-e1256; **DOI:** 10.1542/peds.2014-2299.

20. Committee on Adolescent Health Care. Committee Opinion No 699: Adolescent Pregnancy, Contraception, and Sexual Activity. Obstet Gynecol. 2017 May;129(5):e142-e149. doi: 10.1097/AOG.0000000000002045. PMID: 28426620.

21. Anticoncepçã o para adolescentes – São Paulo: Connexomm, 2017. Série Orientações e recomendações FEBRASGO. n. 9, 2017. ISSN 2525-6416. NLM WP630.

Anexo 1: 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 falhas do método pode 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 do HC/FMB sobre eventuais falhas e complicações.

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

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.

Botucatu, _____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

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

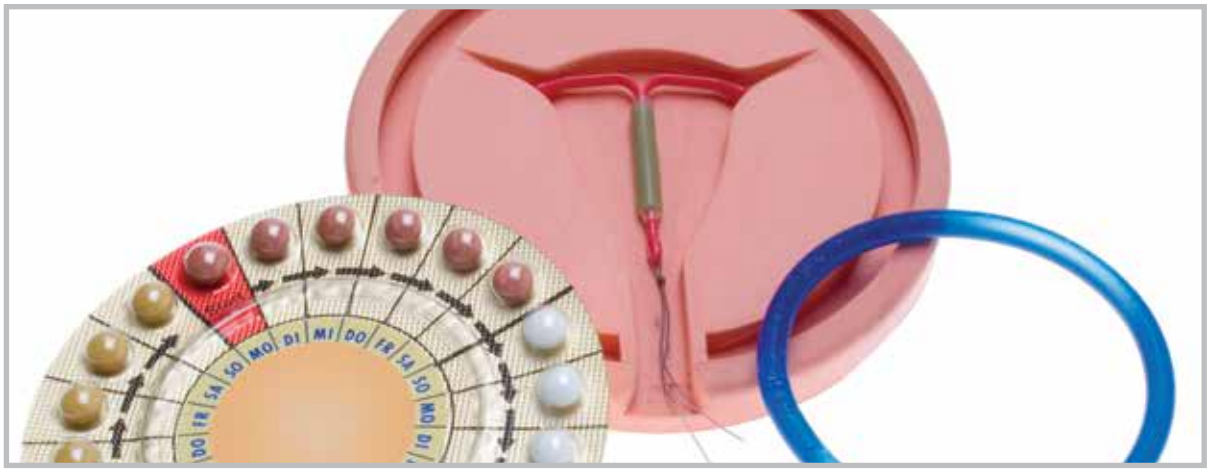
O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é bastante eficaz como contraceptivo, com taxa de falha variando entre 0,6 e 0,8% no primeiro ano de uso e possui ação por até 10 anos.[9] No Brasil, está disponível o DIU TCu 380A em que o número refere-se à área de superfície em mm^2 do íon cobre exposto na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

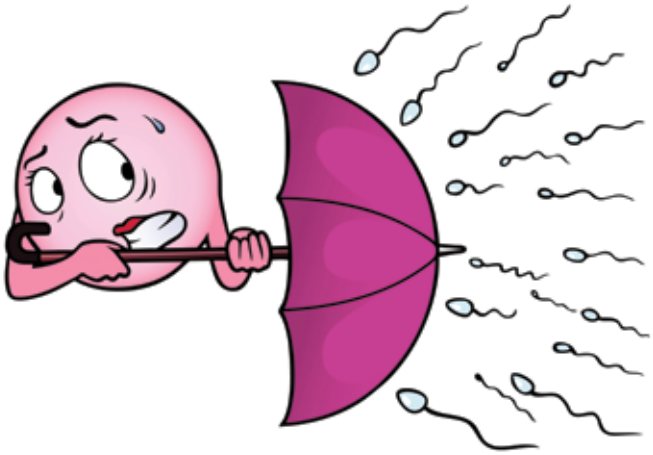
Dismenorreia é causa de descontinuidade em até 6% das usuárias dos DIUs de cobre. Pode ser mais comum entre adolescentes.[36] A dor pode ser uma resposta fisiológica à presença do dispositivo, mas a possibilidade de infecção, mal posicionamento (incluindo perfuração) e gravidez devem ser excluídas.

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)