



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
“JÚLIO DE MESQUITA FILHO”
FACULDADE DE MEDICINA**

RAISSA LORENA BRITO AMORIM

**AVALIAÇÃO DA TAXA DE CONTINUIDADE E SATISFAÇÃO DO
IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL INSERIDO
PARA CONTRACEPÇÃO EM ADOLESCENTES**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para obtenção do título de Mestre em Tocoginecologia.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Spadoto Dias
Co-orientadora: Profa. Dra. Flávia N. Bueloni Dias

Botucatu
2025

RAISSA LORENA BRITO AMORIM

AVALIAÇÃO DA TAXA DE CONTINUIDADE E SATISFAÇÃO DO
IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL INSERIDO PARA
CONTRACEPÇÃO EM ADOLESCENTES

Dissertação apresentada à Faculdade de
Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio
de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu, para
obtenção do título de Mestre em Tocoginecologia.

Orientador: Prof. Dr. Daniel Spadoto Dias
Co-orientadora: Profa. Dra. Flávia N. Bueloni Dias

Botucatu
2025

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP

BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: ROSANGELA APARECIDA LOBO-CRB 8/7500

Amorim, Raissa Lorena Brito.

Avaliação da taxa de continuidade e satisfação do implante liberador de etonogestrel inserido para contracepção em adolescentes / Raissa Lorena Brito Amorim. - Botucatu, 2025

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista (UNESP),
Faculdade de Medicina, Botucatu

Orientador: Daniel Spadoto Dias Coorientador: Flávia
Neves Bueloni Dias Capes: 40101150

1. Adolescentes. 2. Anticoncepção. 3. Gravidez.

Palavras-chave: Adolescente; Contracepção; Gravidez; Implante de etonogestrel.

ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE RAISSA LORENA BRITO AMORIM, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TOCGINECOLOGIA, DA FACULDADE DE MEDICINA - CÂMPUS DE BOTUCATU.

Aos 27 dias do mês de fevereiro do ano de 2025, às 14h, no(a) Sala de reuniões 01 do Prédio da Administração da FMB/Unesp, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE MESTRADO de RAISSA LORENA BRITO AMORIM, intitulada **Avaliação da taxa de continuidade e satisfação do implante liberador de etonogestrel inserido para contracepção em adolescentes**. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. FLÁVIA NEVES BUELONI DIAS (Co-orientador(a) - Participação Presencial) do(a) Depto. de Ginecologia e Obstetrícia / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. ENEIDA MARIA BOTEON SCHMITT (Participação Presencial) do(a) Depto. de Ginecologia e Obstetrícia / FM/Botucatu - Unesp, Profa. Dra. CÁSSIA RAQUEL TEATIN JULIATO (Participação Virtual) do(a) Depto. de Tocoginecologia / FCM/Campinas - Unicamp. Após a exposição pela mestranda e arguição pelos membros da Comissão Examinadora que participaram do ato, de forma presencial e/ou virtual, a discente recebeu o conceito final: aprovado. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.



Profa. Dra. FLÁVIA NEVES BUELONI DIAS

À minha mãe, Marinalva Silva Brito, que nunca mediu esforços para ver meus sonhos acontecerem e se fez de farol para iluminar os meus caminhos.

À cada participante deste estudo que o tornou realidade.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente à Deus por ter planos melhores e maiores que os meus. Tudo isto foi possível por sua permissão e graça sobre mim.

À minha família que é a minha base e fortaleza para que eu tenha conseguido passar os últimos 11 anos me dedicando a minha formação profissional.

Ao meu parceiro de vida, Wagner Izeppi, por ter me ouvido, aconselhado e acolhido nos momentos difíceis, assim como compartilhado as alegrias desta trajetória.

Ao meu orientador, Dr. Daniel Dias, por tornar possível minha participação na pós-graduação. A Dra Flávia Bueloni, minha coorientadora por toda a parceria, acolhimento, ensinamentos e paciência durante a realização deste trabalho.

A Nayane Beatriz, Gabriela Santos e Verônica Bastos por serem colaboradoras brilhantes durante a coleta dos dados da pesquisa, sempre dispostas a ajudar.

A Dra. Eliana Nahas e Dra. Eneida Boteon por todas as considerações realizadas para aprimorar este trabalho, sempre muito educadas e assertivas.

Ao estatístico José Eduardo Corrente pelo auxílio essencial durante a análise de dados.

A Solange Cagliari por sempre ser solícita e está em prontidão para responder as dúvidas pertinentes ao programa de pós-graduação.

A Célia Regina por sua disposição em ajudar enquanto secretária do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMB/UNESP.

Em especial a emendar parlamentar nº 41320004 de 2020 que possibilitou a compra dos implantes de etonogestrel (Implanon NXT, Organon) fornecidos gratuitamente às participantes do estudo.

A todas as pacientes deste estudo que confiaram no projeto, responderam aos questionários e se colocaram à disposição para participar.

"A gratidão é a memória do coração."

Jean-Baptiste Massieu

RESUMO

Objetivo: Avaliar o grau de satisfação e a taxa de continuidade entre adolescentes que optaram pelo uso do implante subdérmico de etonogestrel para contracepção, além de analisar o padrão de sangramento após a inserção.

Métodos: Trata-se de uma coorte prospectiva realizada com adolescentes de 12 a 19 anos que inseriram o implante de etonogestrel (ENG) para contracepção e aceitaram participar da pesquisa. Os questionários foram aplicados durante consultas agendadas e/ou por contato telefônico no dia da aplicação do dispositivo, 3 e 6 meses após. Os formulários abordavam os seguintes aspectos: características demográficas e socioeconômicas; antecedentes obstétricos e ginecológicos; avaliação da satisfação com o método; desejo de continuidade do uso e padrão de sangramento menstrual antes e após a inserção do método contraceptivo.

Resultados: Foram incluídas 84 pacientes com mediana de idade de 16 anos (12;19). Entre elas, 20% já haviam engravidado, sendo que 70% das gestações não foram planejadas. No momento da inserção, 67,9% das adolescentes utilizavam contracepção hormonal e 60% apresentavam sangramento com frequência normal. A duração do fluxo menstrual era considerada normal em 80% dos casos, porém 46,4% tinham sangramento intenso ou com coágulos. Não houve diferença estatisticamente significativa na satisfação, na segurança e no padrão de sangramento entre as avaliações de 3 e 6 meses. Mais de 80% das pacientes relataram satisfação com o método, e cerca de 90% sentiram-se seguras com seu uso. Após a inserção, aproximadamente 65% e 73% das pacientes apresentaram um padrão de sangramento favorável nas avaliações de 3 e 6 meses, respectivamente. A taxa de descontinuidade foi de 3,6% em 6 meses, principalmente devido a sangramento persistente. Aos 3 meses, a satisfação foi significativamente maior entre aquelas com padrão de sangramento favorável (94,3% vs. 68,9%; $p < 0,01$). A taxa de insatisfação foi maior no grupo com padrão desfavorável (24,1% vs. 1,8%; $p < 0,01$). Aos 6 meses, a diferença entre os grupos não foi estatisticamente significativa ($p = 0,12$).

Conclusão: Os dados mostram que a continuidade e satisfação com o implante de etonogestrel entre adolescentes foram elevadas. O padrão de sangramento apresentou tendência a ser favorável durante o período de adaptação ao método, tanto em frequência quanto em volume de sangramento. Dessa forma, incentivar e promover maior acesso a este contraceptivo pode ser uma eficaz para prevenir gestações indesejadas na adolescência.

Palavras-chave: Adolescente; gravidez; contracepção; implante de etonogestrel.

ABSTRACT

Objective: To assess satisfaction levels and continuation rates among adolescents who opted for the use of the etonogestrel subdermal implant for contraception, as well as to analyze bleeding patterns after insertion.

Methods: This was a prospective cohort study involving adolescents aged 12 to 19 years who had the etonogestrel (ENG) implant inserted for contraception and agreed to participate in the study. Questionnaires were administered during scheduled consultations and/or via telephone contact on the day of device insertion, and at 3 and 6 months after insertion. The questionnaires covered the following aspects: demographic and socioeconomic characteristics, obstetric and gynecological history, satisfaction with the method, desire to continue its use, and menstrual bleeding patterns before and after insertion.

Results: A total of 84 patients were included, with a median age of 16 years (12;19). Among them, 20% had previously been pregnant, with 70% of pregnancies being unplanned. At the time of insertion, 67.9% of adolescents were using hormonal contraception, and 60% had normal bleeding frequency. The duration of menstrual flow was considered normal in 80% of cases, although 46.4% reported heavy bleeding or clots. There was no statistically significant difference in satisfaction, safety, or bleeding patterns between the 3- and 6-month assessments. More than 80% of participants reported satisfaction with the method, and approximately 90% felt secure using it. After insertion, approximately 65% and 73% of patients presented a favorable bleeding pattern at 3 and 6 months, respectively. The discontinuation rate was 3.6% at 6 months, primarily due to persistent bleeding. At 3 months, satisfaction was significantly higher among those with a favorable bleeding pattern (94.3% vs. 68.9%; $p < 0.01$). Dissatisfaction was higher in the unfavorable bleeding group (24.1% vs. 1.8%; $p < 0.01$). At 6 months, the difference between groups was not statistically significant ($p = 0.12$).

Conclusion: The data indicate high satisfaction and continuation rates with the etonogestrel implant among adolescents. Bleeding patterns showed a tendency to become favorable during the adaptation period, both in frequency and volume. Thus, promoting greater access to this contraceptive method may be an effective strategy for preventing unintended pregnancies during adolescence.

Keywords: Adolescent; pregnancy; contraception; etonogestrel implant.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1: Fluxograma das participantes do estudo	27
---	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Porcentagem de mulheres que tiveram uma gravidez não intencional durante o primeiro ano de uso típico e o primeiro ano de uso perfeito de contracepção	18
Tabela 2 - Padrões de Sangramento vaginal induzidos por implante de ENG	21
Tabela 3 - Dados sociodemográficos e econômicos das participantes do estudo.....	30
Tabela 4 - Antecedentes obstétricos e ginecológicos das participantes do estudo	31
Tabela 5 - Padrão menstrual das participantes conforme a classificação da FIGO	32
Tabela 6 - Taxas de satisfação e percepção geral em relação ao uso implante de ENG	33
Tabela 7 - Padrão de sangramento das participantes em 3 e 6 meses do estudo	34
Tabela 8 - Associação entre satisfação e o padrão de sangramento em 3 e 6 meses das participantes do estudo	34
Tabela 9 - Associação entre a satisfação e o padrão de sangramento em 3 e 6 meses das participantes que faziam uso de contraceptivo combinado antes do implante de ENG	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologist</i>
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
DIU	Dispositivo intrauterino
ENG	Etonogestrel
FIGO	<i>International Federation of Gynecology and Obstetrics</i>
FSH	Hormônio folículo-estimulante
GnRH	Hormônio liberador de gonadotrofina
HCFMB	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Botucatu
LARC	Contracepção reversível de longa duração
LH	Hormônio luteinizante
OMS	Organização Mundial da Saúde
SARC	Contracepção reversível de curta ação
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNESP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

LISTA DE SÍMBOLOS

R\$ Reais

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.1. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA	15
1.2. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	16
1.3. CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	19
1.3.1 LARC e adolescência	19
1.3.2 Implante liberador de etonogestrel (ENG)	20
1.4. CONTINUIDADE E SATISFAÇÃO POR USUÁRIAS DE LARC	21
2. JUSTIFICATIVA	23
3. OBJETIVOS	24
3.1. GERAL	24
3.2. ESPECÍFICOS.....	24
4. MATERIAL E MÉTODO	25
4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	25
4.2. DEFINIÇÃO DA AMOSTRA.....	25
4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	25
4.4. COLETA DE DADOS	25
4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA.....	26
5. RESULTADOS	27
6. DISCUSSÃO	36
7. CONCLUSÃO.....	40
REFERÊNCIAS.....	41
APÊNDICES	47
ANEXOS	58

1. INTRODUÇÃO

1.1. GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A adolescência segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) é definida como a fase compreendida dos 10 aos 19 anos¹. No Brasil, a população brasileira de adolescente é composta por aproximadamente 30 milhões de pessoas². De acordo com a OMS, aproximadamente 17% da população mundial está entre os limites etários de 10 a 20 anos incompletos³, fase marcada por transformações físicas, hormonais, psicológicas e sociais que acompanham o despertar da sexualidade.

Entre 2015 e 2019, a probabilidade da primeira relação sexual ter ocorrido na adolescência foi semelhante entre homens e mulheres de 15 a 24 anos, sendo que cerca de 70% dos jovens já haviam tido relações sexuais aos 19 anos⁴. No entanto, uma iniciação sexual precoce está diretamente associada a um maior risco de gravidez não planejada^{5,6}. Em 2021, foram registrados 42 nascimentos por 1.000 meninas de 15 a 19 anos globalmente, sendo que, em países em desenvolvimento, cerca de 50% dessas gestações não foram planejadas⁷.

Embora a taxa de natalidade na adolescência tenha diminuído no mundo, as reduções não foram uniformes, apresentando grandes variações entre países e regiões^{6,8}. No Brasil, a taxa de natalidade na adolescência seguiu a tendência global de queda, mas os estados como Amazonas e Maranhão apresentaram aumento das taxas entre meninas de 10 a 14 anos nos anos de 2000 a 2019^{6,8}.

A gravidez na adolescência é mais prevalente entre jovens com menor escolaridade e status econômico mais baixo^{6,9}. Entre os fatores associados, destacam-se o estado civil, o início precoce da vida sexual, a falta de comunicação com os pais, desigualdades sociais, história materna de gravidez na adolescência, dificuldade de acesso a serviços de saúde e uso inconsistente ou inadequado de contraceptivos¹⁰. Esses fatores impactam diretamente nas oportunidades educacionais, no crescimento populacional e na saúde geral das mulheres^{9,10}.

A gestação é um evento que, sob quaisquer condições, gera profundas alterações na vida da mulher, sejam elas psicológicas, hormonais, físicas, sociais e emocionais¹¹. Porém, quando não planejada, pode acarretar desfechos negativos para mãe e bebê^{11,12}. Gestantes adolescentes enfrentam maiores riscos de eclâmpsia, endometrite puerperal e infecções sistêmicas, enquanto seus recém-nascidos apresentam maior probabilidade de baixo peso ao nascer, parto prematuro e condições

neonatais graves, demandando maiores recursos físicos, psicológicos e financeiros^{6,13}.

Além disso, gestações não planejadas geram impacto econômico substancial. No Brasil, o custo médio de uma gravidez não planejada é de R\$ 2.293,00 por gestação, totalizando um gasto anual estimado de R\$ 4,1 bilhões^{14,15}. Estudos internacionais também associam a baixa adesão a métodos contraceptivos à ocorrência de gestações indesejadas, como evidenciado por uma pesquisa realizada na Noruega, onde 81,7% dos casos ocorreram devido ao uso inadequado de contraceptivos^{16,17}.

1.2. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS

A contracepção desempenha um papel crucial na saúde sexual e reprodutiva, permitindo que as mulheres controlem sua fertilidade e evitem gestações não planejadas¹⁸. No entanto, a escolha do método mais adequado pode ser complexa, considerando fatores como saúde geral, custos, preferências pessoais e culturais, bem como barreiras físicas e emocionais^{18,19}. Cada método possui características específicas, com diferentes níveis de eficácia, indicações e potenciais efeitos colaterais.

A eficácia de um contraceptivo é expressa pela taxa de falha, ou seja, a probabilidade de ocorrer uma gravidez indesejada durante o seu uso²⁰. O Índice de Pearl é amplamente utilizado para mensurar essa eficácia, expressando o número de gestações indesejadas a cada 100 mulheres que utilizam determinado método contraceptivo por um ano^{21,22}. Um índice mais baixo indica maior eficácia. Ele pode ser calculado considerando o uso típico, que reflete erros ou falhas na utilização, ou o uso perfeito, em que o método é utilizado corretamente em todas as situações^{20,23}.

Os métodos contraceptivos podem ser classificados em reversíveis (de curta ou longa ação) e não-reversíveis.

1. Métodos reversíveis de curta ação (SARC)

São aqueles que precisam ser usados de forma recorrente, geralmente em uma base diária, semanal ou mensal, para prevenir a gravidez. Esses métodos não fornecem proteção permanente, ou seja, sua eficácia depende da regularidade e da correta utilização. Fazem parte deste grupo: m

a) Métodos hormonais: envolvem o uso de hormônios isolados ou combinados. Os progestagênios suprimem o hormônio liberador de gonadotrofina do hipotálamo (GnRH), reduzindo o hormônio luteinizante (LH) da hipófise e inibindo a ovulação^{24,25}. Além disso, alteram a permeabilidade do muco cervical e reduzem a

receptividade endometrial, dificultando a implantação^{25,26}. Os estrogênios potencializam a eficácia contraceptiva, ao suprimir o hormônio folículo-estimulante (FSH), impedindo o desenvolvimento de um folículo dominante^{26,27}.

Podem ser divididos em: anticoncepcionais combinados que incluem as pílulas combinadas, adesivo transdérmico, anel vaginal e injetável mensal ou anticoncepcionais de progestagênio isolado como pílula oral e injetável trimestral^{20,22,23,25}.

b) Métodos de barreira: atuam impedindo fisicamente que os espermatozoides encontrem o óvulo. A eficácia depende do uso correto e consistente. Fazem parte o preservativo masculino, feminino e diafragma^{20,23}.

c) Métodos comportamentais: fundamentam-se na identificação de um período específico em que existe a possibilidade de fecundação. Desta forma, requer que a mulher conheça seu ciclo menstrual, assim como as características físicas das diferentes fases²⁸. Por compartilhar responsabilidades com seu parceiro, também são conhecidos como métodos comportamentais de abstinência periódica ou naturais^{18,28}. Incluem a tabelinha (calendário ou Ogino-Knaus), método da ovulação (Billings ou muco cervical), temperatura corporal basal e coito interrompido^{20,23}.

d) Contracepção de emergência: utilizada após um intercuro sexual desprotegido e que poderia ocasionar uma gestação indesejada. No Brasil, inclui a pílula de Levonorgestrel (1,5mg) ou a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) de cobre, ambos não considerados abortivos^{20,23,29}.

2. Métodos reversíveis de longa ação (LARC):

São métodos reversíveis que previnem a gravidez por um longo período, de forma eficaz, e não exigem adesão diária ou mensal da usuária. Fazem parte os dispositivos intrauterinos e o implante hormonal^{30,31}.

a) DIU de cobre: inserido na cavidade uterina, tem duração de 5 a 10 anos^{26,32}.

b) DIU de levonorgestrel: também inserido no útero, libera progestagênio de forma contínua e tem duração de 5 a 8 anos²³.

c) Implante de etonogestrel: pequeno bastão inserido sob a pele do braço, libera progestagênio de forma contínua por até 3 anos^{33,34}.

3. Métodos não-reversíveis

Incluem procedimentos cirúrgicos, como laqueadura tubária em mulheres e vasectomia em homens. Esses métodos são permanentes, embora reversões sejam possíveis em alguns casos, ainda que complexas e com sucesso limitado²⁰.

Na tabela 1 é detalhada a eficácia contraceptiva considerando o uso perfeito e imperfeito de cada um dos métodos³⁵. Estudos apontam que as taxas de continuidade e satisfação do método são maiores quando a escolha é realizada de forma autônoma pela paciente, após adequado aconselhamento³⁶. No entanto, para adolescentes, o acesso aos contraceptivos ainda perpassa por barreiras, como falta de informação e dificuldades em usá-los corretamente. Essas questões contribuem para taxas mais elevadas de gestações não planejadas nessa faixa etária^{37,38}.

Tabela 1- Porcentagem de mulheres que tiveram uma gravidez não intencional durante o primeiro ano de uso típico e o primeiro ano de uso perfeito de contracepção.

Métodos	% de mulheres que tiveram uma gravidez indesejada no primeiro ano de uso	
	Uso típico	Uso perfeito
Implante de etonogestrel	0,05	0,05
Vasectomia	0,15	0,10
DIU hormonal	0,2	0,2
Laqueadura tubária	0,5	0,5
DIU de cobre	0,8	0,8
Injetáveis	6	0,2
Pílula/ Anel/ Adesivo	9	0,3
Diafragma	12	6
Preservativo masculino	18	2
Coito interrompido	22	4
Percepção de fertilidade	224	3-5
Espermicida	28	18
Nenhum método	85	85

Fonte: Trussel J. Contraception. 2011; 83:397-404

1.3. CONTRACEPÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC), como dispositivos intrauterinos e implantes hormonais, são altamente eficazes na prevenção de gestações não planejadas na adolescência. Por isso, são recomendados como primeira linha de escolha pela Academia Americana de Pediatria e pelo Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG)³⁹.

No entanto, os métodos mais populares de contracepção entre adolescentes ainda são os de curta ação, ou seja, dependentes do uso correto para a máxima eficácia. O coito interrompido e uso de condom masculino são os mais comuns, seguidos pelas pílulas anticoncepcionais⁴⁰. A dependência do uso correto e consistente desses métodos contribui para a elevada taxa de gestações indesejadas, que alcança até 80% entre adolescentes de 15 a 19 anos^{22,41}. Por outro lado, os métodos de longa ação apresentam a vantagem de manter alta eficácia independentemente da motivação ou adesão diária da usuária.

1.3.1 LARC e adolescência

Em geral, os LARCs têm uma taxa de eficácia superior a 99% no uso típico e apresentam continuidade de 80% a 90% após o primeiro ano de uso⁴². No entanto, barreiras financeiras, falta de conhecimento sobre sua segurança e preconceitos culturais ainda limitam sua popularidade, especialmente entre adolescentes. Um exemplo de sucesso no uso de LARCs é o Projeto CHOICE, uma coorte prospectiva que selecionou mulheres de 14 a 45 anos. Após uma breve orientação sobre a duração, eficácia e local de aplicação dos métodos, o contraceptivo escolhido foi fornecido gratuitamente. Entre as 9.256 mulheres incluídas no estudo, 74,8% optaram por LARCs, enquanto 18,2% escolheram hormônios combinados e 6,9% preferiram o acetato de medroxiprogesterona^{22,43}. Embora a taxa de descontinuidade geral tenha sido maior entre adolescentes de 14 a 19 anos de idade em comparação com mulheres acima de 25 anos, os resultados destacaram que dois terços das adolescentes continuaram com LARCs por dois anos, enquanto apenas um terço permaneceu utilizando métodos de curta ação no mesmo período. Para o implante de etonogestrel, a taxa de continuidade foi de 82% após 12 meses^{43,44}.

1.3.2 Implante liberador de etonogestrel (ENG)

O implante de etonogestrel é um dos métodos contraceptivos mais eficazes, com taxas de falha inferiores a 0,1% no uso típico e perfeito, e duração de 3 anos^{45,46}. Trata-se de um pequeno bastão plástico não absorvível no corpo humano, de 4 cm de comprimento por 2 mm de diâmetro, contendo 68 mg de etonogestrel liberado de forma contínua na corrente sanguínea³¹. Isso garante uma administração hormonal lenta e estável, excluindo o metabolismo hepático de primeira passagem^{31,34,47}. O implante de etonogestrel é inserido sob a pele na parte interna do braço, com anestesia local, por um médico treinado, tornando-se ideal para adolescentes que preferam um método com eficácia independentemente do coito, motivação do usuário e adesão³⁸.

A ação contraceptiva do implante inclui a supressão do hormônio luteinizante, impedindo a ovulação, além do espessamento do muco cervical e da atrofia endometrial, que dificultam a fertilização e a implantação do óvulo^{45,48,49}. Apresenta rápido retorno à fertilidade após a remoção, em cerca de 3 a 4 semanas⁴⁹. De acordo com a OMS, o implante é seguro para a maioria das mulheres, incluindo nulíparas e adolescentes.

O principal efeito colateral do implante liberador de ENG é a mudança do padrão de sangramento. Essa alteração não segue o mesmo padrão observado em métodos de curta ação e inclui desde amenorreia até sangramentos frequentes e prolongados^{30,34,47,50}. O padrão de sangramento considera o número de dias e a intensidade de sangramento vaginal pelo período de 90 dias^{20,30,51}. A classificação é realizada conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 - Padrões de Sangramento vaginal induzidos por implante de ENG.

	Episódios de sangramento em 90 dias	Classificação do padrão
Amenorreia	Sem sangramentos	Favorável
Sangramento infrequente	1-2 episódios	
Frequência normal	3 e 5 episódios	
Sangramento frequente	6 ou mais episódios	Desfavorável
Sangramento prolongado	Mais de 14 dias (ininterruptos)	

Fonte: Adaptado de 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;34:253-60.

1.4. CONTINUIDADE E SATISFAÇÃO POR USUÁRIAS DE LARC

A taxa de continuação de um método contraceptivo geralmente reflete o grau de satisfação e adaptação da usuária. Os resultados do projeto CHOICE demonstraram que as taxas de continuidade e satisfação foram maiores entre as usuárias de LARC (em todas as faixas etárias) quando comparadas com métodos contraceptivos de curta ação. Após 12 meses, a taxa de continuidade para LARC foi de 86,2%, enquanto para métodos de curta ação foi de apenas 54,7%. Da mesma forma, a satisfação relatada foi de 83,7% entre usuárias de LARC, contra 52,7% nos métodos de curta ação⁴⁴.

Uma revisão sistemática que incluiu 51 estudos avaliando a continuidade do implante contraceptivo de etonogestrel em comparação com outros LARCs mostrou taxas de continuidade variando de 57 a 97% no primeiro ano de uso, 44 a 95% no segundo ano, e 25 a 78% no terceiro ano. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre as taxas de continuidade de DIUs e implantes após 12 meses (87% versus 83%, respectivamente)⁵².

Independentemente do tipo de LARC escolhido, os dados indicam alta taxa de continuidade, o que se reflete em maior satisfação. Usuárias insatisfeitas com o método frequentemente o descontinuam, mas a satisfação geral com LARCs

permanece elevada. No projeto CHOICE, 79% das usuárias de implantes estavam satisfeitas, sendo que 55% relataram estar muito satisfeitas⁵³. Ao comparar métodos LARC e SARC, 84% das participantes que usavam LARC estavam satisfeitas após 12 meses, em comparação com 53% entre as usuárias de métodos de curta ação. Apesar da alta eficácia e satisfação, o principal motivo de descontinuação do implante hormonal foi o sangramento frequente ou persistente^{20,21,52}.

2. JUSTIFICATIVA

Métodos contraceptivos de longa ação, como o implante subdérmico de etonogestrel, destacam-se por sua elevada eficácia e baixa dependência da usuária. A adolescência é o período oportuno para a implementação de estratégias eficazes de planejamento reprodutivo, considerando a alta taxa de gestações não planejadas nessa faixa etária. As taxas de continuidade e satisfação são indicadores para avaliar a aceitação e a viabilidade do implante nessa população, sendo fatores determinantes para a diminuição da gravidez não planejada na adolescência e seu impacto nas condições sociais e econômicas da mulher na vida adulta.

3. OBJETIVOS

3.1. GERAL

Avaliar o grau de satisfação e continuidade do uso do implante contraceptivo de etonogestrel entre adolescentes atendidas no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP.

3.2. ESPECÍFICOS

- a) Estimar a taxa de continuidade em 3 e 6 meses após inserção do implante de etonogestrel.
- b) Estimar a taxa de satisfação em 3 e 6 meses após inserção do implante de etonogestrel.
- c) Avaliar o padrão de sangramento das pacientes após a inserção do dispositivo.
- d) Avaliar a associação entre o padrão de sangramento e a satisfação das participantes utilizando o implante de etonogestrel.

4. MATERIAL E MÉTODO

4.1. DELINEAMENTO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo de coorte prospectivo, realizado no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP, iniciado em julho de 2023. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCFMB/UNESP sob parecer nº 6.175.364 e CAAE 66693722.6.0000.5411.

4.2. DEFINIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra foi composta por adolescentes do sexo feminino, na faixa etária dos 12 aos 19 anos, que optaram pela inserção do implante de etonogestrel após serem orientadas sobre os riscos e benefícios de todos os métodos contraceptivos disponíveis. Após explicação acerca do estudo, assim como da coleta de dados antropométricos e demográficos, ao concordarem com a participação, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1), caso fossem maiores de 18 anos. Para menores de idade, foram obtidos dois documentos, o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Anexo 2), assinado pela adolescente, e o TCLE, assinado pelos pais ou responsáveis (Anexo 3).

Considerando uma taxa de continuidade de 77% para o uso do implante no primeiro ano de uso⁴⁹, uma margem de erro de 10% e confiabilidade de 95%, o tamanho amostral mínimo foi estimado em 68 participantes.

4.3. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas pacientes adolescentes na faixa etária dos 12 aos 19 anos que manifestaram interesse em usar o implante de etonogestrel e participar da pesquisa. Os critérios de não inclusão foram pacientes internadas em instituição de saúde ou de ressocialização, adolescentes com déficit cognitivo ou deficiência intelectual que impedisse o consentimento ou adesão ao estudo.

4.4. COLETA DE DADOS

Os questionários foram realizados exclusivamente pela equipe de pesquisa,

durante as consultas agendadas no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes ou por contato telefônico aos 3 e 6 meses, após a inserção do implante.

Em cada um destes momentos aplicou-se um formulário para coleta de dados, elaborado pela pesquisadora, com abordagem dos seguintes aspectos:

a) Questionário no dia da inserção: dados demográficos e socioeconômicos (idade, etnia, escolaridade, estado civil e renda familiar); antecedentes obstétricos (número de gestações, partos, abortos e filhos vivos); antecedentes ginecológicos (diagnóstico prévio ou tratamento para IST); conhecimento da usuária sobre o método contraceptivo escolhido (Apêndice 1).

b) Questionário 3 meses após a inserção: dados sobre a inserção como dor, alterações cutâneas locais; avaliação da satisfação das usuárias; desejo de continuidade do método e padrão de sangramento menstrual prévio e após a inserção do implante (intervalo dos ciclos, duração, fluxo e queixas associadas) (Apêndice 2).

c) Questionário 6 meses após a inserção: Desejo de continuidade do método; avaliação da satisfação geral e o padrão de sangramento (Apêndice 3).

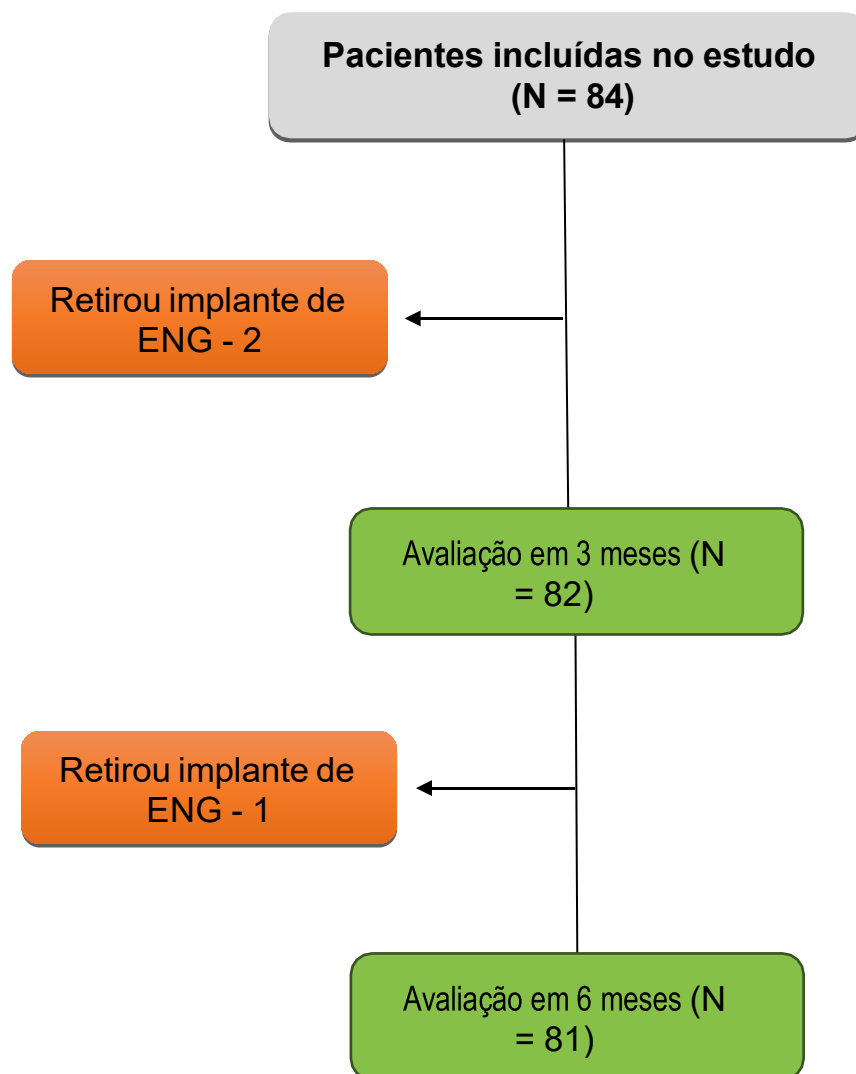
4.5. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise dos dados foi calculada a mediana para idade, frequência e percentagem para variáveis qualitativas. Na avaliação da satisfação e percepção geral no uso do implante contraceptivo entre os 2 momentos foi empregado o Teste do Qui-quadrado de tendência. Na comparação de categorias de satisfação com padrão de sangramento foi aplicado o teste de diferença de proporções qui-quadrado. O nível de significância foi fixado em 5% ou o p-valor correspondente. As análises foram realizadas utilizando-se o programa R v.4.2.1.

5. RESULTADOS

Foram incluídas 84 pacientes no estudo, entre julho de 2023 e junho de 2024, conforme apresentado na Figura 1. A aplicação dos questionários ocorreu presencialmente no dia da inserção do implante e, a partir de outubro de 2023, passou a ser realizada por chamadas telefônicas caso a participante faltasse à consulta de retorno. A avaliação de 3 meses foi aplicada a 82 pacientes e a de 6 meses, a 81 pacientes. Houve perda de 3 participantes que optaram por retirar o implante contraceptivo antes do término do período de 6 meses. Assim, as taxas de continuidade foram bastante elevadas, atingindo 97,6% em 3 meses e 96,4% em 6 meses.

Figura 1: Fluxograma das participantes do estudo.



A mediana da idade foi de 16 anos (12;19), e aproximadamente 90% das participantes eram solteiras. Todas as pacientes estavam matriculadas em alguma instituição de ensino, sendo que mais de 50% ainda não haviam concluído o Ensino Médio. Mais de 70% relataram uma renda familiar de até 2 salários mínimos por mês, conforme apresentado na Tabela 3.

Em relação aos antecedentes obstétricos, 1 em cada 5 adolescentes já havia engravidado, sendo que 60% dessas gestações não foram planejadas. Dentre essas, 17,7% já estavam na segunda gestação, 85% resultaram em parto e 15% em abortamento (Tabela 4). Na data da inserção do implante, 67,9% das participantes faziam ou já haviam feito uso de contraceptivos, sendo o anticoncepcional oral combinado o método mais prevalente (53,6%). Além disso, 25% faziam uso de algum método contraceptivo há mais de um ano, conforme a Tabela 4.

Das 84 participantes, aproximadamente 60% apresentavam um intervalo menstrual dentro da normalidade (entre 24 e 38 dias), de acordo com a classificação da *International Federation of Gynecology and Obstetrics* (FIGO). Além disso, 80% relataram uma duração do fluxo entre 1 e 8 dias, e apenas 2 adolescentes estavam em amenorreia. Conforme apresentado na Tabela 5, 46,4% das participantes referiram fluxo intenso com coágulos antes da inserção do implante de etonogestrel.

Não houve diferença estatisticamente significativa no grau de satisfação e na sensação de segurança em relação ao uso do implante contraceptivo entre as avaliações de 3 e 6 meses. Em ambos os períodos, mais de 80% das pacientes relataram estar satisfeitas ou muito satisfeitas com o uso do implante de ENG e cerca de 90% sentiam-se seguras ou muito seguras utilizando esse método. Da mesma forma, não houve diferença significativa entre as 2 avaliações quanto à intenção de trocar o implante por um novo ao término dos 3 anos de uso, sendo que 8 em cada 10 pacientes manifestaram interesse na renovação, conforme a Tabela 6.

Menos de 20% das participantes já pensaram em retirar o implante contraceptivo. Até o momento, apenas 3 pacientes removeram o dispositivo. Quando questionadas sobre os motivos para a retirada, os principais relatos incluíram sangramento contínuo, acne e ganho de peso.

O teste de comparação entre os dois momentos (3 e 6 meses de uso do método contraceptivo) não revelou uma diferença estatisticamente significativa no padrão ou na duração da menstruação ($p > 0,05$), indicando que o método não teve um impacto

relevante nessas variáveis como demonstrado na Tabela 7. O padrão de sangramento das adolescentes usuárias do implante contraceptivo mostrou uma tendência favorável em relação à frequência e à duração do sangramento, sendo que, em todos os momentos analisados, cerca de 50% das participantes relataram sangramento com duração de até 8 dias (Tabela 7).

A análise de associação entre o padrão de sangramento (favorável ou desfavorável) e a satisfação das pacientes com o método contraceptivo foi realizada nos dois momentos utilizando o teste de diferença de proporções qui-quadrado. Aos 3 meses, 94,3% das pacientes com padrão favorável estavam satisfeitas, contra 68,9% daquelas com padrão desfavorável, uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,01$). A taxa de insatisfação foi maior no grupo com padrão desfavorável (24,1% vs. 1,8%), também estatisticamente significativa ($p < 0,01$). Aos 6 meses, a diferença entre os grupos diminuiu, com 86,4% das pacientes com padrão favorável satisfeitas, contra 68,1% no grupo desfavorável, mas sem significância estatística ($p=0,12$). A taxa de insatisfação permaneceu maior no grupo com padrão desfavorável (18,1% vs. 8,7%), porém, sem diferença estatística ($p = 0,40$) (Tabela 8).

Ao analisar apenas as pacientes que previamente utilizavam anticoncepcional combinado, estratificadas pelo padrão de sangramento após a inserção do implante contraceptivo (favorável vs. desfavorável), não foi observada uma associação significativa entre essas variáveis. Ou seja, mesmo entre as pacientes que utilizavam um método com sangramento previsível, a variação no padrão de sangramento com o uso do implante contraceptivo não influenciou significativamente o grau de satisfação, conforme apresentado na Tabela 9.

Tabela 3 - Dados sociodemográficos e econômicos das participantes do estudo.

Características	n (%)
Idade	
12 a 14	15 (17,9)
15 a 17	39 (46,4)
18 a 19	30 (35,7)
Estado civil	
Solteira	75 (89,3)
União estável	9 (10,7)
Escolaridade	
Ensino Fundamental	16 (19,1)
Ensino Médio	60 (71,4)
Ensino Superior	8 (9,5)
Renda familiar	
< 1 salário mínimo	6 (7,1)
1-2 salários mínimos	55 (65,5)
3-4 salários mínimos	15 (17,8)
> 5 salários mínimos	4 (4,8)
Não sabe	4 (4,8)

Valores expressos em frequência (porcentagem).

Tabela 4 - Antecedentes obstétricos e ginecológicos das participantes do estudo.

Características	n (%)
<i>Antecedentes obstétricos</i>	
Já engravidou	
Não	67 (79,8)
Sim	17 (20,2)
1 gestação (dentre as 17)	14 (82,3)
2 gestações (dentre as 17)	3 (17,7)
Gestação planejada	
Sim	5 (29,4)
Não	12 (70,6)
Desfecho da gestação	
Parto	17 (85)
Abortamento	3 (15)
<i>Antecedentes ginecológicos</i>	
Uso de método contraceptivo	
Sim	57 (67,9)
Não	27 (32,1)
Tipo de contraceptivo	
Anticoncepcional oral combinado	30 (53,6)
Injetável mensal	16 (28)
Injetável trimestral	9 (16)
Progestagênio isolado	1 (1,8)
Há quanto tempo faz uso	
< 1 mês	2 (3,6)
1-3 meses	16 (29,2)
3-6 meses	10 (18,1)
6-12 meses	13 (23,6)
> 1 ano	14 (25,5)

Valores expressos em n (número absoluto) e porcentagem.

Tabela 5 - Padrão menstrual prévio ao uso de implante de etonogestrel das participantes conforme a classificação de FIGO

Características	n (%)
Intervalo	
<24 dias	14 (16,7)
24 – 38 dias	50 (59,5)
>38 dias	1 (1,2)
Amenorreia	2 (2,4)
Não sabe	17 (20,2)
Duração	
1 – 8 dias	67 (79,8)
9 – 13 dias	3 (3,6)
>ou igual a 14 dias	7 (8,3)
Amenorreia	2 (2,4)
Não sabe	5 (5,9)
Fluxo menstrual	
Leve	17 (20,2)
Moderado	26 (31,0)
Intenso	21 (25,0)
Com saída de coágulos	18 (21,4)
Amenorreia	2 (2,4)

Valores expressos em n (número absoluto) e porcentagem.

Tabela 6 - Taxas de satisfação e percepção geral em 3 e 6 meses em relação ao uso implante de ENG.

	3 meses (n= 82)	6 meses (n= 81)	Valor p*
Satisfação com uso do implante de ENG			
Muito satisfeita	35 (42,7)	37 (45,7)	0,70
Satisfeita	35 (42,7)	29 (35,8)	0,36
Indiferente	4 (4,9)	6 (7,4)	0,50
Insatisfeita	5 (6,1)	4 (4,9)	0,74
Muito insatisfeita	3 (3,6)	5 (6,2)	0,45
Segurança com o método			
Muito segura	38 (46,3)	40 (49,4)	0,69
Segura	33 (40,2)	36 (44,5)	0,58
Indiferente	5 (6,1)	1 (1,2)	0,09
Insegura	3 (3,7)	1 (1,2)	0,31
Muito insegura	3 (3,7)	3 (3,7)	0,98
Recomendaria o método a amiga /familiar			
Sim	77 (93,9)	73 (90,1)	0,37
Não	2 (2,4)	6 (7,4)	0,14
Talvez	3 (3,7)	2 (2,5)	0,65
Quando o implante vencer, pretende trocar por um novo			
Sim	64 (78,1)	65 (80,2)	0,72
Não	7 (8,5)	5 (6,2)	0,56
Talvez	11 (13,4)	11 (13,6)	0,97
Já pensou em remover o implante			
Não	67 (81,7)	70 (86,4)	0,41
Sim	15 (18,3)	11 (13,6)	0,41

*Realizado Teste do qui-quadrado de tendência com p valor de significância <0,05.
Valores expressos em n (número absoluto) e porcentagem.

Tabela 7- Padrão de sangramento das participantes em 3 e 6 meses do estudo.

	3 meses	6 meses	Valor p*
Padrão de sangramento	n=82 (%)	n=81 (%)	
Amenorreia	15 (18,3)	16 (19,7)	0,81
Normal ou infrequente	38 (46,3)	43 (53,1)	0,38
Frequente	21 (25,6)	14 (17,3)	0,19
Prolongado	8 (9,8)	8 (9,9)	0,97
Duração do sangramento	n=67 (%)	n=65 (%)	
1 – 8 dias	34 (50,7)	33 (50,8)	0,70
9 – 13 dias	9 (13,4)	7 (10,8)	0,61
> = 14 dias	20 (29,9)	16 (24,6)	0,37
Não sabe	4 (6)	9 (13,8)	0,14

Valores expressos em n (número absoluto) e porcentagem.

*Teste do qui-quadrado de tendência com p valor de significância <0,05.

Tabela 8 - Associação entre satisfação e o padrão de sangramento em 3 e 6 meses das participantes do estudo.

	Padrão favorável	Padrão desfavorável	Valor p*
Satisfação 3 meses	n=53 (%)	n=29 (%)	
Satisfeitas	50 (94,3)	20 (68,9)	<0,01
Indiferentes	2 (3,7)	2 (6,9)	0,93
Insatisfeitas	1 (1,8)	7 (24,1)	<0,01
Satisfação 6 meses	n=59 (%)	n=22 (%)	
Satisfeitas	51 (86,4)	15 (68,1)	0,12
Indiferentes	3 (5,1)	3 (13,6)	0,41
Insatisfeitas	5 (8,7)	4 (18,1)	0,40

Valores expressos em n (número absoluto) e porcentagem.

*Teste de diferença de proporções qui-quadrado com p valor de significância <0,05.

Tabela 9 - Associação entre a satisfação e o padrão de sangramento em 3 e 6 meses das participantes que faziam uso de contraceptivo combinado antes do implante de ENG.

	Padrão favorável	Padrão desfavorável	Valor p*
Satisfação 3 meses	n=31 (%)	n=14 (%)	
Satisfeitas	29 (93,6)	11 (78,6)	0,33
Indiferentes	1 (3,2)	0	1,00
Insatisfeitas	1 (3,2)	3 (21,4)	0,15
Satisfação 6 meses	n=36 (%)	n=9 (%)	
Satisfeitas	32 (88,9)	6 (66,7)	0,26
Indiferentes	1 (2,8)	2 (22,2)	0,18
Insatisfeitas	3 (8,3)	1 (11,1)	1,00

Valores expressos em n (número absoluto) e porcentagem.

*Teste de diferença de proporções qui-quadrado com p valor de significância <0,05.

6. DISCUSSÃO

A análise dos dados deste estudo indica que a maioria das adolescentes demonstrou altos níveis de continuidade, satisfação e sensação de segurança em relação ao implante contraceptivo de etonogestrel, sem diferenças estatisticamente significativas entre as avaliações realizadas aos 3 e 6 meses após a inserção.

Os dados demográficos indicam que a população estudada reflete o perfil socioeconômico e educacional de adolescentes em idade reprodutiva, com a maioria das participantes cursando o Ensino Médio e pertencentes a famílias com renda de até dois salários mínimos. Cerca de 20% das adolescentes haviam engravidado, sendo que 30% dessas já estavam na segunda gestação, seguindo a proporção encontrada no Brasil em 2020, quando 14% dos nascidos vivos eram filhos de mães adolescentes. No entanto, 85% dessas gestações não foram planejadas e 15% resultaram em abortamento, evidenciando fatores como a desinformação, falta de apoio familiar e comunitário e a escassez na disponibilização de métodos contraceptivos seguros, duradouros e eficazes^{6,54-56}. As taxas de nascimentos, abortos espontâneos e induzidos variam amplamente entre os estados brasileiros, refletindo diferenças nos serviços de saúde reprodutiva e nas influências socioculturais^{6,57,58}.

Dentre os métodos contraceptivos utilizados, as adolescentes frequentemente optam por opções de curta ação, como preservativos, coito interrompido e, mais frequentemente, o anticoncepcional oral combinado (AHCO). No presente estudo, 53,6% das adolescentes relataram uso prévio ou atual de contraceptivo combinado, um valor semelhante ao encontrado no levantamento de dados da *National Survey of Family Growth* (NSFG) nos Estados Unidos (52%) entre 2015 e 2019. No entanto, a literatura aponta que os métodos hormonais combinados apresentam menores taxas de satisfação e continuidade em 1 ano^{59,60}.

Em relação ao padrão de sangramento, o sistema FIGO classifica o sangramento uterino como normal ou anormal com base na frequência, duração, regularidade e volume menstrual^{60,61}. Antes da inserção do implante contraceptivo, cerca de 60% das adolescentes apresentavam ciclos menstruais dentro da normalidade (intervalo de 24 a 38 dias e duração inferior a 8 dias). No entanto, 1 em cada 5 participantes não sabia descrever a frequência do próprio ciclo menstrual, o

que pode indicar baixa percepção ou desvalorização desse evento biológico.

estudo transversal português (2012-2017), que aplicou questionários sobre contexto sociodemográfico e características menstruais em 848 adolescentes de 12 a 18 anos, evidenciou que 35% das participantes não registravam o primeiro dia da menstruação, revelando lacunas no conhecimento sobre o próprio ciclo menstrual. Além disso, o estudo demonstrou que adolescentes que registavam a menstruação eram mais propensas a ter mães com maior escolaridade (mais de 9 anos de estudo), sugerindo que a educação menstrual pode começar no ambiente familiar, especialmente na relação mãe-filha^{59,60}.

As taxas de continuidade do implante contraceptivo foram bastante elevadas, atingindo 97,6% em 3 meses e 96,4% em 6 meses (82 e 81 pacientes, respectivamente). Esses achados sugerem uma boa aceitação do método entre as adolescentes estudadas, reforçando sua viabilidade como uma alternativa contraceptiva eficaz e de longa duração para esse público. Nossos resultados são semelhantes aos encontrados na literatura, como em um estudo que avaliou a inserção imediata do implante pós-parto em adolescentes, a taxa de continuidade aos seis meses foi de 96,9%⁶¹.

Um estudo derivado do projeto CHOICE relatou uma taxa de descontinuação de 6,9% para o implante contraceptivo aos seis meses, o que implica uma taxa de continuidade de aproximadamente 93,1%⁶². Esses dados indicam que o implante é bem aceito entre adolescentes, com altas taxas de continuidade nos primeiros seis meses de uso. Outro aspecto relevante é que, apesar de algumas participantes relatarem efeitos adversos, como sangramento irregular⁶³, menos de 20% das adolescentes consideraram remover o implante e apenas 3 pacientes (3,6%) optaram pela retirada antes dos 6 meses. Esse dado reforça a importância do aconselhamento tanto pré-inserção quanto contínuo durante o uso do contraceptivo, o que pode aumentar a adesão ao método e reduzir desistências por expectativas irreais quanto ao padrão de sangramento⁶³.

A satisfação relacionada ao uso do implante de ENG nos primeiros 6 meses foi elevada, com a maioria das adolescentes classificando sua experiência como “muito satisfeita”. Em relação a satisfação global, 35,8% das participantes declararam-se satisfeitas e 45,7% totalmente satisfeitas, totalizando 81,5% de aprovação. A comparação entre os questionários aplicados aos 3 e 6 meses não revelou diferenças estatisticamente significativas no grau de satisfação ($p > 0,05$), indicando que o nível

de satisfação permaneceu estável ao longo do tempo. Os valores encontrados superam os reportados por Wong *et al.*, que identificaram uma taxa de satisfação de 58% entre 211 usuárias em 6 meses⁶⁴. No entanto, nossos achados são consistentes com os dados do Projeto CHOICE, onde a satisfação com o implante atingiu 79%^{43,52,65}.

No presente estudo, as principais queixas relacionadas ao uso do implante contraceptivo foram sangramento persistente e, em um caso, agravamento da acne. A análise do padrão menstrual revelou que a maioria das participantes manteve um padrão de sangramento considerado favorável. Em 3 meses, 64,6% (n=53) e, em 6 meses, 72,8% (n=59) apresentavam um padrão favorável (sangramento infrequente ou amenorreia), sugerindo uma tendência de melhora nos padrões de sangramento ao longo do tempo. Além disso, cerca de 51% das adolescentes relataram duração menstrual inferior a oito dias. O teste de comparação entre os dois momentos não revelou diferenças estatisticamente significativas no padrão menstrual ou na duração da menstruação ($p > 0,05$), sugerindo que o implante contraceptivo não teve um impacto relevante sobre essas variáveis. Resultados semelhantes foram observados em um estudo retrospectivo multicêntrico realizado na Suíça, que acompanhou 991 mulheres por uma média de 7,4 meses, constatando que 61% apresentaram padrão de sangramento favorável e 31% desfavorável⁶⁵⁻⁶⁷.

Comparando as categorias de satisfação com o padrão de sangramento, nos primeiros 3 meses, um padrão de sangramento favorável esteve fortemente associado a uma maior satisfação com o método contraceptivo ($p < 0,01$). Estudos sugerem que usuárias que apresentam sangramento leve ou infrequente tendem a relatar maior satisfação e menores taxas de descontinuação^{66,67}. Este padrão inicial de sangramento pode prever a continuidade do mesmo ao longo do tempo, o que influencia positivamente a satisfação e a continuidade do uso do implante⁶⁷. Com o tempo (6 meses), essa associação perde força e não há mais diferença estatística entre os grupos. Isso pode indicar uma adaptação ao método, independentemente do padrão de sangramento inicial. Estudos indicam que a satisfação com métodos contraceptivos de longa duração, como o implante, permanece alta aos 6 meses, mesmo que o padrão de sangramento não tenha sido favorável⁶⁶. O uso prévio de contraceptivo combinado não parece ter impacto significativo na satisfação com o implante, já que não houve diferenças estatísticas entre os grupos. O uso prévio de métodos hormonais pode influenciar a percepção e a tolerância das usuárias em

relação aos padrões de sangramento associados ao implante⁶⁸. No presente estudo, o padrão de sangramento exerceu uma leve influência, com uma tendência de maior satisfação entre aquelas que apresentaram ciclos mais previsíveis.

A aceitação do padrão de sangramento associado ao implante tende a ser maior quando há aconselhamento adequado antes da inserção, esclarecendo que o uso do implante pode resultar em alterações no sangramento, mas nem sempre leva à amenorreia. Isso reforça a importância do acompanhamento clínico e informacional, que pode aumentar a adesão e reduzir as taxas de descontinuação do método contraceptivo.

7. CONCLUSÃO

Os dados mostram que a continuidade e satisfação com o implante de etonogestrel entre adolescentes foram elevadas. O padrão de sangramento apresentou uma tendência a ser favorável tanto em relação à duração quanto ao volume, não influenciando significativamente o grau de satisfação e continuidade das pacientes.

Desta forma, incentivar e promover maior acesso a esse contraceptivo pode ser uma intervenção útil e necessária para prevenir gestações indesejadas na adolescência.

REFERÊNCIAS

1. WHO. The Adolescent Health Indicators Recommended by The Global Action for Measurement of Adolescent Health: Guidance for Monitoring Adolescent Health at Country, Regional and Global Levels [Internet]. 2024. 1–70 p. Available from: who.int/publications/i/item/9789240092198
2. Base dos Dados. PNAD Contínua - IBGE [Internet]. São Paulo: IBGE; 2019. Available from: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/trabalho/17270-pnad-continua.html?=&t=sobre>.
3. UN Population Division. Adolescent population as percentage of total population [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2024. Available from: <https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/adolescentpopulation-as-percentage-of-total-population>.
4. Lindberg LD, Firestein L, Beavin C. Trends in U.S. adolescent sexual behavior and contraceptive use, 2006-2019. 2021;2015–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.conx.2021.10>
5. Williams CM, Brett KM, Abma JC. Coercive First Intercourse and Unintended First Births. Violence Vict [Internet]. 2009 Jun 1 [cited 2024 Nov 8];24(3):351–63. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/24/3/351>
6. Leftwich HK, Alves MVO. Adolescent Pregnancy. Vol. 64, Pediatric Clinics of North America. W.B. Saunders; 2017. p. 381–8.
7. Sully EA, Biddlecom A, Darroch JE, Riley T, Ashford LS, Lince-Deroche N, et al. Adding it up - Inverting in Sexual and Reproductive Health 2019 [Internet]. 2019. Available from: www.guttmacher.org/report/adding-it-up
8. Monteiro DLM, Monteiro IP, Machado MSC, Bruno ZV, da Silveira FA, Rehme MFB, et al. Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000–2019). Rev Assoc Med Bras. 2021;67(5):759–65.
9. Kassa GM, Arowojolu AO, Odukogbe AA, Yalew AW. Prevalence and determinants of adolescent pregnancy in Africa: A systematic review and Meta-analysis. Vol. 15, Reproductive Health. BioMed Central Ltd; 2018.
10. Sedgh G, Singh S, Hussain R. Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. Stud Fam Plann. 2014;45(3):301–14.
11. Honorio EM dos S, Ribeiro LB, Barbosa J de SP, Ferreira MVR, Silva DF, Neves WC, et al. Gestação: implicações na vida da gestante. Revista de Divulgação Científica Sena Aires. 2022 Jul 20;356–69.
12. Leite MG, Rodrigues DP, De Sousa AAS, De Melo LPT, De Melo Fialho AV. Feelings arising out of motherhood: Revelations of a group of pregnant women. Psicol Estud. 2014;19(1):115–24.
13. Azevedo WF, ernandes de, Diniz MB, affi, Fonseca ES, érgio VB, Azevedo LMR, icarte de, Evangelista CB, raz. Complications in adolescent pregnancy: systematic

- review of the literature. Vol. 13, Einstein (São Paulo, Brazil). 2015. p. 618–26.
14. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: A social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health*. 2014 Jul 16;6(1):663–70.
 15. Pepe C, Sakagute M, Ramos N, Maestri C. Custo-efetividade do uso do sistema intrauterino liberador de 52 mg de levonorgestrel (SIU-LNG) versus contraceptivos hormonais de curta duração na prevenção de gravidez não desejada em adolescentes entre 15 e 19 anos sob a perspectiva do Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS). *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*. 2017 Apr 20;9(1):100–8.
 16. Henry N, Schlueter M, Lowin J. Cost of unintended pregnancy in Norway: a role for long-acting reversible contraception. *Fam Plann Reprod Health Care* [Internet]. 2015; 41:109–15. Available from: [http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-](http://dx.doi.org/10.1136/jfprhc-2015-010091)
 17. Engstrand S, Kopp Kallner H. Cost of unintended pregnancy in Sweden — a possibility to lower costs by increasing LARC usage. *Contraception*. 2018 May 1;97(5):445–50.
 18. Trussell J. Understanding contraceptive failure. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2009;23(2):199–209.
 19. Cleland J, Bernstein S, Ezech A, Faundes A, Glasier A, Innis J. Family planning: the unfinished agenda. *Lancet*. 2006;368(9549):1810–27.
 20. Finotti M. Manual de anticoncepção. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2015. Available from: <https://central3.to.gov.br/arquivo/494569/>
 21. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2010;15(1):4–16.
 22. Braverman PK, Adelman WP, Alderman EM, Breuner CC, Levine DA, Marcell A V., et al. Contraception for adolescents. Vol. 134, *Pediatrics*. American Academy of Pediatrics; 2014. p. e1244–56.
 23. Control D.U.S. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use, 2024. 2024; 73.
 24. Endrikat J, Gerlinger C, Richard S, Rosenbaum P, Düsterberg B. Ovulation inhibition doses of progestins: A systematic review of the available literature and of marketed preparations worldwide. *Contraception* [Internet]. 2011;84(6):549–57. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2011.04.009>
 25. Grimes DA, Lopez LM, O'Brien PA, Raymond EG. Progestin-only pills for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013;2013(11).
 26. Rivera R, Yacobson I, Grimes D. The mechanism of action of hormonal contraceptives and intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol*. 1999;181(5 Pt 1):1263–9.

27. De Leo V, Musacchio MC, Cappelli V, Piomboni P, Morgante G. Hormonal contraceptives: Pharmacology tailored to women's health. *Hum Reprod Update*. 2016;22(5):634–46.
28. Grimes DA, Gallo MF, Halpern V, Nanda K, Schulz KF, Lopez LM. Fertility awareness-based methods for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2004;2012(5).
29. Brache V, Cochon L, Deniaud M, Croxatto HB. Ulipristal acetate prevents ovulation more effectively than levonorgestrel: Analysis of pooled data from three randomized trials of emergency contraception regimens. *Contraception* [Internet]. 2013;88(5):611–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2013.05.010>
30. FEBRASGO. Contracepção reversível de longa ação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2022. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção). 44 p.
31. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen PL, Hart C. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting for short-acting methods: a randomized patient preference trial. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Feb 1;216(2):101–9.
32. ACOG Committee. ACOG Committee Opinion No. 735: Adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2018 May;131(5):e130-e139. doi: 10.1097/AOG.0000000000002632.
33. da Silva Filho AL, Bueno RLP, Ramires Y, Lino LMC. Etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: Budget impact analysis based on the Brazilian private healthcare system. *PLoS One*. 2024 Mar 1;19(3 March).
34. Rocca ML, Palumbo AR, Visconti F, Di Carlo C. Safety and benefits of contraceptives implants: A systematic review. Vol. 14, *Pharmaceuticals*. MDPI; 2021.
35. Contraceptive Technologies: Failure Rates (2018). Paragard T. Table 26-1: Percentage of women experiencing an unintended pregnancy during the first year of typical use and the first year of perfect use of contraception and the percentage continuing use at the end of the first year. United States. Available from: https://www.datocms-assets.com/21281/1662539230-contraceptive-technologies_failure-rates-table-2018.pdf
36. Dehlendorf C, Diedrich J, Drey E, Postone A, Steinauer J. Preferences for decision-making about contraception and general health care among reproductive age women at an abortion clinic. *Patient Educ Couns*. 2010 Dec;81(3):343–8.
37. FEBRASGO. Anticoncepção para adolescentes. São Paulo: Connexomm; 2017. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, nº. 9).
38. Agostini A, Godard C, Laurendeau C, Benmahmoud Zoubir A, Lafuma A, Lévy-Bachelot L, et al. Two year continuation rates of contraceptive methods in France:

- a cohort study from the French national health insurance database. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2018 Nov 2;23(6):421–6.
39. Allen S, Barlow E. Long-Acting Reversible Contraception: An Essential Guide for Pediatric Primary Care Providers. Vol. 64, *Pediatric Clinics of North America*. W.B. Saunders; 2017. p. 359–69.
 40. Sex education for teenager with visual art therapy [podcast]. *Southeast Asian J Technol Sci*. 2022;3(1):1-7. doi: 10.29210/810149700.
 41. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: Incidence and disparities, 2006. *Contraception*. 2011;84(5):478–85.
 42. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use - Executive summary. 2015;268.
 43. 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.e1-115.e7.
 44. McNicholas C, Madden T, Secura G, Peipert JF. The contraceptive CHOICE project round up: What we did and what we learned. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):635–43.
 45. CONITEC – Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Implante subdérmico de etonogestrel no Sistema Único de Saúde (SUS): relatório técnico [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2021 [cited 2024 nov 11]. Available from: https://www.gov.br/conitec/ptbr/midias/consultas/relatorios/2021/Sociedade/20210428_resoc232_etonogestrel.pdf
 47. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. Vol. 66, *Best Practice and Research: Clinical Obstetrics and Gynaecology*. Bailliere Tindall Ltd; 2020. p. 28–40.
 48. Thaxton L, Lavelanet A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive implant duration. Vol. 144, *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. John Wiley and Sons Ltd.; 2019. p. 2–8.
 49. Moray K V., Chaurasia H, Sachin O, Joshi B. A systematic review on clinical effectiveness, side-effect profile and meta-analysis on continuation rate of etonogestrel contraceptive implant. *Reprod Health*. 2021 Dec 1;18(1).
 50. FEBRASGO. Sangramento irregular com os LARCs: série orientações e recomendações FEBRASGO nº 2. 2022.
 51. 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* [Internet]. 1986;34(3):253–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3539509>

52. Madden T, Eisenberg D, Secura G. Continuation and Satisfaction of Reversible Contraception2.pdf. 2013;117(5):1105–13.
53. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstetrics and Gynecology*. 2011 May;117(5):1105–13.
54. Brasil. Ministério da Saúde. Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [cited 2024 fev 9]. Available from: <https://bvsmms.saude.gov.br/01-a-08-02-semana-nacional-de-prevencao-da-gravidez-na-adolescencia/>
55. Brasil. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência: Informativo [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; [cited 2024 fev 9]. Available from: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/informe/Informativo%20Gravidez%20adolescência%20final.pdf
56. Brasil. Ministério da Saúde. Gravidez na adolescência: saiba os riscos para mães e bebês e os métodos contraceptivos disponíveis no SUS [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2023 fev [cited 2024 fev 9]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2023/fevereiro/gravidez-na-adolescencia-saiba-os-riscos-para-maes-e-bebes-e-os-metodos-contraceptivos-disponiveis-no-sus>
57. Institute G. Uneven Progress and Unequal Access. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access is available online at, visit <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>. 2017.
58. Dalby J, Hayon R, Carlson J. Adolescent Pregnancy and Contraception. Vol. 41, Primary Care - Clinics in Office Practice. W.B. Saunders; 2014. p. 607–29.
59. Abma JC, Martinez GM. Teenagers in the United States: Sexual Activity, Contraceptive Use, and Childbearing, 2015-2019 [Internet]. 2023. Available from: <https://www.cdc.gov/nchs/products/index.htm>.
60. Jain V, Munro MG, Critchley HOD. Contemporary evaluation of women and girls with abnormal uterine bleeding: FIGO Systems 1 and 2. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2023;162(S2):29–42.
61. Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: Do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol*. 2012;206(6):481.e1-481.e7.
62. Grunloh DS, Casner T, Secura GM, Peipert JF, Madden T. Characteristics associated with discontinuation of long-acting reversible contraception within the first 6 months of use. *Obstetrics and Gynecology*. 2013 Dec;122(6):1214–21.
63. Laporte M, Marcelino AC, Pereira P da C, Espejo-Arce X, Juliato CT, Bahamondes L. Uptake, discontinuation, and continuation rate of long-acting contraceptive methods when offered at no cost in Campinas, Brazil. *Contraception*. 2024 Apr 1;132.

64. Wong RC, Bell RJ, Thunuguntla K, McNamee K, Vollenhoven B. Implanon users are less likely to be satisfied with their contraception after 6 months than IUD users. *Contraception* [Internet]. 2009;80(5):452–6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2009.03.021>
65. Bitzer J, Tschudin S, Alder J. Acceptability and side-effects of Implanon in Switzerland: A retrospective study by the Implanon Swiss Study Group. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2004;9(4):278–84.
66. Diedrich JT, Desai S, Zhao Q, Secura G, Madden T, Peipert JF. Association of short-term bleeding and cramping patterns with long-acting reversible contraceptive method satisfaction. *Am J Obstet Gynecol*. 2015 Jan 1;212(1):50.e1-50.e8.
67. Mansour D, Fraser IS, Edelman A, Vieira CS, Kaunitz AM, Korver T, et al. Can initial vaginal bleeding patterns in etonogestrel implant users predict subsequent bleeding in the first 2 years of use? *Contraception*. 2019 Oct 1;100(4):264–8.
68. Milliren CE, DiVasta AD, Edwards AJ, Maslyanskaya S, Borzutzky C, Pitts S. Contraceptive Implant-Associated Bleeding in Adolescent/Young Adult Clinical Practice: Associated Factors, Management, and Rates of Discontinuation. *J Adolesc Health* [Internet]. 2023 Apr 1 [cited 2025 Feb 7];72(4):583–90. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36599757/>

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para maior de 18 anos (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “*Avaliação da taxa de continuidade e satisfação do implante liberador de etonogestrel inserido para contracepção em adolescentes*”, que tem como objetivo avaliar o grau de satisfação e continuidade das adolescentes atendidas no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP que optaram pela utilização do implante de etonogestrel (Implanon NXT®) como contracepção.

Para isto, no dia da inserção do Implanon NXT® e após 3 meses, 6 meses e 12 meses por ligação telefônica será aplicado um questionário com perguntas de respostas curtas por meio de uma entrevista com tempo médio de 10 minutos de duração.

A seguir, ao ser esclarecida sobre as informações abaixo, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, nas duas vias. Em caso de recusa, você não será penalizada de forma alguma.

1. Ao participar deste estudo, você estará contribuindo para a assistência à saúde reprodutiva das adolescentes, pois a análise da satisfação e continuidade dos métodos contraceptivos inseridos nesta fase da vida contribuem para a identificação de lacunas na atenção ao planejamento reprodutivo;
2. Sua participação é voluntária, logo, a qualquer momento você pode recusar-se a responder e pode desistir de participar, removendo seu consentimento, sem qualquer forma de penalização. Sua recusa não influenciará em seu tratamento e seguimento em qualquer serviço de saúde;
3. Este questionário será respondido pessoalmente no dia da inserção do dispositivo e a seguir por ligação telefônica. As respostas serão tratadas de forma anônima de maneira que em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer etapa do estudo, assegurando assim a sua privacidade;
4. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por participar deste estudo. Porém, caso haja alguma despesa comprovada decorrente do projeto, será garantido o ressarcimento.
5. Se desejar, poderá ser informada dos resultados dessa pesquisa;
6. É necessário acompanhamento regular no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP enquanto estiver em uso do implante (3 anos), e também por mais tempo se desejar manter método contraceptivo de longa duração após seu uso.
7. A equipe de pesquisa poderá ser acionada caso algum sintoma indesejável acontecer durante o uso do implante contraceptivo e prestará atendimento imediato as participantes da pesquisa no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP.
8. Após vencimento do implante contraceptivo, você será novamente orientada sobre os métodos contraceptivos disponíveis e terá livre escolha para substituição ou troca de método, sendo que não há garantia de fornecimento de um novo Implanon NXT para troca, haja visto que este método não é fornecido pelo SUS e sua substituição também não é garantida pela equipe de pesquisa, porém há outros diversos contraceptivos oferecidos pelo SUS de forma que sua contracepção poderá ser continuada caso deseje;
9. Os principais riscos envolvidos na participação desta pesquisa são: cansaço, constrangimento ou desconforto ao responder às perguntas e ter seu tempo utilizado nesta atividade;
10. Em caso de outros danos decorrentes desta pesquisa, você tem o direito de buscar por indenização conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
11. Você receberá uma via assinada deste termo.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa pelo endereço, telefones ou e-mails (abaixo).

Equipe de pesquisa:

Dr. Daniel Spadoto Dias - CRM SP116.511 - (14) 3880-1402 - daniel.s.dias@unesp.br

Dra. Flávia Neves Bueloni Dias - CRM SP 108.934 - (14) 3880-1393 - bueloni.dias@unesp.br

Dra. Raissa Lorena B Amorim- CRM SP 220.281 - (99) 98201-4150 - raissamorim9@gmail.com

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Av. Prof. Montenegro s/n - Anexo Verde - Distrito de Rubião Junior

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu, _____ (nome completo), portadora da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetida, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, ao registrar meu nome completo no seguinte questionário, DECLARO e FIRMO meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que posso, a qualquer momento, retirar meu consentimento e deixar de participar desta pesquisa, e estou ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. IX, Art. 73º do Código de Ética Médica (Res. CFM-2217/2018).

Por fim, como pesquisadores responsáveis pela pesquisa, declaramos o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466/12, contidos nos itens IV.3 e IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de 12 dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 12 dezembro de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Botucatu/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome/Assinatura do Pesquisador

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00h às 11:30h e das 14h às 17h, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

ANEXO 2 - Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para menor de 18 anos

TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-la para participar da pesquisa “*Avaliação da taxa de continuidade e satisfação do implante liberador de etonogestrel inserido para contracepção em adolescentes*”, que tem como objetivo avaliar o grau de satisfação e continuidade das adolescentes atendidas no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP que optaram pela utilização do implante de etonogestrel (Implanon NXT®) como contracepção.

Além de você, outras adolescentes entre 12 a 19 anos de idade participarão desta pesquisa que será realizada no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do Hospital das Clínicas de Botucatu - UNESP, onde as participantes responderão no dia da inserção do Implanon NXT® e após 3 meses, 6 meses e 12 meses por ligação telefônica um questionário com perguntas cuja as respostas serão curtas por meio de uma entrevista com tempo médio de 10 minutos de duração.

Solicitamos também seu consentimento para consultar seu prontuário médico para obtenção de informações referentes a consultas e exames feitos anteriormente. A seguir, são fornecidas explicações acerca da pesquisa:

1. Sua participação é voluntária, logo, a qualquer momento você pode recusar-se a responder e pode desistir de participar, sem qualquer forma de penalização. Sua recusa não influenciará em seu tratamento e seguimento em qualquer serviço de saúde;
2. Este questionário será respondido pessoalmente no dia da inserção do dispositivo e a seguir por ligação telefônica. As respostas serão tratadas de forma anônima de maneira que em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer etapa do estudo, assegurando assim a sua privacidade;
3. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por participar deste estudo. Porém, caso haja alguma despesa comprovada decorrente do projeto, será garantido o ressarcimento.
4. Se desejar, poderá ser informada dos resultados dessa pesquisa;
5. É necessário acompanhamento regular no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP enquanto estiver em uso do implante (3 anos), e também por mais tempo se desejar manter método contraceptivo de longa duração após seu uso.
6. A equipe de pesquisa poderá ser acionada caso algum sintoma indesejável acontecer durante o uso do implante contraceptivo e prestará atendimento imediato as participantes da pesquisa no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP.
7. Após vencimento do implante contraceptivo, você será novamente orientada sobre os métodos contraceptivos disponíveis e terá livre escolha para substituição ou troca de método, sendo que não há garantia de fornecimento de um novo Implanon NXT para troca, haja visto que este método não é fornecido pelo SUS e sua substituição também não é garantida pela equipe de pesquisa, porém há outros diversos contraceptivos oferecidos pelo SUS de forma que sua contracepção poderá ser continuada caso deseje;
8. Os principais riscos envolvidos na participação desta pesquisa são: cansaço, constrangimento ou desconforto ao responder às perguntas e ter seu tempo utilizado nesta atividade;
9. Em caso de outros danos decorrentes desta pesquisa, você tem o direito de buscar por indenização conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
10. Você receberá uma via assinada deste termo.

As suas informações ficarão sob sigilo, ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. As participantes não terão custos ou despesas ao participar dessa pesquisa.

Ao aceitar participar desta pesquisa, gostaríamos de pedir sua permissão para que um de seus pais ou representante legal assine também um termo (TCLE) consentindo sua participação na pesquisa. Se não concordar, isso não influenciará em seu tratamento ou seguimento em qualquer serviço de saúde. Por favor assinale abaixo:

() AUTORIZO aplicar o TCLE ao meu responsável.

() NÃO AUTORIZO aplicar o TCLE ao meu responsável.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa pelo endereço, telefones ou e-mails (abaixo).

Equipe de pesquisa:

Dr. Daniel Spadoto Dias - CRM SP116.511 - (14) 3880-1402 - daniel.s.dias@unesp.br

Dra. Flávia Neves Bueloni Dias - CRM SP 108.934 - (14) 3880-1393 - bueloni.dias@unesp.br

Dra. Raissa Lorena B Amorim- CRM SP 220.281 - (99) 98201-4150 - raissamorim9@gmail.com

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Av. Prof. Montenegro s/n - Anexo Verde - Distrito de Rubião Junior

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu, _____ (nome completo), portadora da cédula de identidade _____, após leitura minuciosa das informações constantes neste TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO, devidamente explicada pelos profissionais em seus mínimos detalhes, ciente dos serviços e procedimentos aos quais serei submetida, não restando quaisquer dúvidas a respeito do lido e explicado, ao registrar meu nome completo no seguinte questionário, DECLARO e FIRMO meu ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando em participar da pesquisa proposta. Fica claro que posso, a qualquer momento, retirar meu assentimento e deixar de participar desta pesquisa, e estou ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. IX, Art. 73º do Código de Ética Médica (Res. CFM-2217/2018).

Por fim, como pesquisadores responsáveis pela pesquisa, declaramos o cumprimento do disposto na Resolução CNS nº 466/12, contidos nos itens IV.3 e IV.5.a e na íntegra com a resolução CNS nº 466 de 12 dezembro de 2012.

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 12 dezembro de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

Botucatu/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Participante da Pesquisa

Nome/Assinatura do Pesquisador

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00h às 11:30h e das 14h às 17h, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

ANEXO 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para os responsáveis

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(TCLE para responsável por menor de idade)

Gostaríamos de convidar sua filha para participar da pesquisa “*Avaliação da taxa de continuidade e satisfação do implante liberador de etonogestrel inserido para contracepção em adolescentes*”, que tem como objetivo avaliar o grau de satisfação e continuidade das adolescentes atendidas no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP que optaram pela utilização do implante de etonogestrel (Implanon NXT®) como contracepção.

Sua filha foi selecionada a participar por estar sendo atendida no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP e apresentar os critérios de inclusão no estudo. Na pesquisa as participantes responderão a um questionário com duração de cerca de 10 minutos, no dia da inserção do Implanon NXT® e após 3 meses, 6 meses e 12 meses por ligação telefônica.

É importante que você leia, ou que alguém leia para você, esse documento com atenção e, em caso de qualquer dúvida ou informação que não entenda, peça ao pesquisador responsável pelo estudo que explique a você. A seguir, ao ser esclarecido(a) sobre as informações abaixo, no caso de aceitar a participação no estudo, assine ao final deste documento, nas duas vias. Em caso de recusa, a sua filha não será penalizada de forma alguma.

1. A participação é voluntária, logo, a qualquer momento você e/ou sua filha podem recusar-se a responder e desistir de participar, sem qualquer forma de penalização. Sua recusa não influenciará no tratamento e seguimento em qualquer serviço de saúde;
2. Este questionário será respondido pessoalmente no dia da inserção do dispositivo e a seguir por ligação telefônica. As respostas serão tratadas de forma anônima de maneira que em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer etapa do estudo, assegurando assim a sua privacidade;
3. Não haverá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras por participar deste estudo. Porém, caso haja alguma despesa comprovada decorrente do projeto, será garantido o ressarcimento.
4. Se desejar, poderá ser informado (a) dos resultados dessa pesquisa;
5. É necessário acompanhamento regular no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP enquanto estiver em uso do implante (3 anos), e também por mais tempo se desejar manter método contraceptivo de longa duração após seu uso.
6. A equipe de pesquisa poderá ser acionada caso algum sintoma indesejável acontecer durante o uso do implante contraceptivo e prestará atendimento imediato as participantes da pesquisa no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP.
7. Após vencimento do implante contraceptivo, a adolescente será novamente orientada sobre os métodos contraceptivos disponíveis e terá livre escolha para substituição ou troca de método, sendo que não há garantia de fornecimento de um novo Implanon NXT para troca, haja visto que este método não é fornecido pelo SUS e sua substituição também não é garantida pela equipe de pesquisa, porém há outros diversos contraceptivos oferecidos pelo SUS de forma que sua contracepção poderá ser continuada caso deseje;
8. Os principais riscos envolvidos na participação desta pesquisa são: cansaço, constrangimento ou desconforto ao responder às perguntas e ter seu tempo utilizado nesta atividade;
9. Em caso de outros danos decorrentes desta pesquisa, você tem o direito de buscar por indenização conforme determina a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.
10. Você receberá uma via assinada deste termo.

As informações coletadas ficarão sob sigilo, ninguém saberá que sua filha está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. As participantes não terão custos ou despesas ao participar dessa pesquisa.

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com a equipe de pesquisa pelo endereço, telefones ou e-mails (abaixo).

Equipe de pesquisa:

Dr. Daniel Spadoto Dias - CRM SP116.511 - (14) 3880-1402 - daniel.s.dias@unesp.br

Dra. Flávia Neves Bueloni Dias - CRM SP 108.934 - (14) 3880-1393 - bueloni.dias@unesp.br

Dra. Raissa Lorena B Amorim- CRM SP 220.281 - (99) 98201-4150 - raissamorim9@gmail.com

Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina de Botucatu - UNESP

Av. Prof. Montenegro s/n - Anexo Verde - Distrito de Rubião Junior

Pelo presente instrumento que atende às exigências legais, eu, _____ (nome completo), portador (a) da cédula de identidade _____, DECLARO e FIRMO meu CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO concordando que minha filha participe da pesquisa proposta. Fica claro que posso, a qualquer momento, retirar meu consentimento e deixar de participar desta pesquisa, e estou ciente de que todas as informações prestadas tornar-se-ão confidenciais e guardadas por força de sigilo profissional (Cap. IX, Art. 73º do Código de Ética Médica (Res. CFM-2217/2018).

Por estarmos de acordo com o presente termo o firmamos em duas vias igualmente válidas (uma via para o participante da pesquisa e outra para o pesquisador) que serão rubricadas em todas as suas páginas e assinadas ao seu término, conforme o disposto pela Resolução CNS nº 466 de 12 dezembro de 2012, itens IV.3.f e IV.5.d.

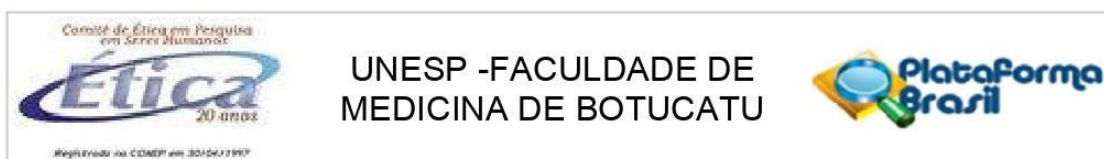
Botucatu/ SP, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável Legal

Nome/Assinatura do Pesquisador

Qualquer dúvida adicional você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa através dos telefones (14) 3880-1608 ou 3880-1609 que funciona de 2ª a 6ª feira das 8:00h às 11:30h e das 14h às 17h, na Chácara Butignolli s/nº em Rubião Júnior – Botucatu - São Paulo.

ANEXO 4 - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA TAXA DE CONTINUIDADE E SATISFAÇÃO DO IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL INSERIDO PARA CONTRACEPÇÃO EM ADOLESCENTES

Pesquisador: Flávia Neves Bueloni Dias

Área Temática:

Versão: 5

CAAE: 66693722.6.0000.5411

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.175.364

Apresentação do Projeto:

As informações descritas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas dos documentos e arquivo - Informações Básicas da Pesquisa com data de 05/07/2023.

Introdução (breve):

Um dos grandes marcos da adolescência é o despertar da sexualidade. Uma pesquisa realizada pelo Programa de Estudos em Sexualidade (ProSex) entre 2000 e 2004, revela que adolescentes iniciam sua atividade sexual na faixa etária dos 13 aos 17 anos. Segundo uma pesquisa realizada pelo IBGE em 2015, 19,5% das meninas e 36% dos meninos, todos eles escolares, que frequentavam o nono ano do ensino fundamental, de escolas públicas e privadas, já tinham tido relação sexual alguma vez. Apesar das taxas de fertilidade de muitos países, inclusive o Brasil, estarem em decréscimo, as gestações não planejadas têm se mantido altas, estima-se que correspondam a 41% das gravidezes mundiais. A gestação é um evento que, sob quaisquer condições, gera profundas alterações na vida da mulher, sejam elas psicológicas, hormonais, físicas, sociais e emocionais. Tornam-se comuns os sentimentos como medo, dúvidas, angústias ou simplesmente curiosidade. Porém, quando não planejadas, estas modificações podem vir carregadas de um amplo espectro negativo, que pode prejudicar tanto a saúde da mãe quanto do feto. Em grupos vulneráveis, como adolescentes e a camada mais

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.175.364

pobre da população, esta taxa é ainda maior, chegando a mais de 90% das gestações não planejadas. 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. Além dos custos sociais e de saúde associados a uma gestação não planejada, há ainda os custos deste evento para o governo. Estima-se que para o Estado, o custo de uma gestação não planejada é de R\$ 4,1 bilhões por ano, portanto o uso adequado de métodos contraceptivos poderia reverter este panorama. O uso de contraceptivos é uma decisão que deve ser tomada pela paciente em conjunto com seu médico, após devida orientação quanto a possibilidades de uso, riscos e benefícios. As informações recebidas de um profissional de saúde podem impactar na tomada de decisões contraceptivas das mulheres. 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), poderá haver mais falhas contraceptivas do que o previsto. Isto porque a vulnerabilidade da adolescente pode afetar sua adesão aos métodos contraceptivos, fazendo-se necessário que métodos contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC, com duração igual ao superior a 3 anos, como implantes e dispositivos intrauterinos) estejam disponíveis para estas mulheres. Destacamos que os LARCs têm se mostrado como excelentes opções para adolescentes no tocante a eficácia e tempo de proteção. O implante subdérmico de etonogestrel 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. É ideal para adolescentes que prefiram um método que não requer adesão programada regularmente e que desejam um tempo de proteção prolongado. Desta forma, ao considerar a adolescência como um período de maior susceptibilidade para gestações não planejadas e a possibilidade de fornecimento de contracepção segura e duradoura (LARC) de modo gratuito, torna-se necessário avaliar a taxa de aceitação e continuidade das adolescentes como fatores determinantes para a diminuição da taxa de gravidez, impactando nas condições sociais e econômicas desta mulher na vida adulta.

Hipótese:

A disponibilização gratuita de um contraceptivo de longa duração e seguro, aumentará a taxa de aceitação do método; O fato do implante ser inserido na parte interna do braço, sem necessidade

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

CEP: 18.618-970

UF: SP

Município: BOTUCATU

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.175.364

desconforto ao responder às perguntas e ter seu tempo utilizado nesta atividade.

Benefícios:

Contracepção efetiva e reversível de longa ação (3 anos), diminuição da taxa de gravidez não planejada e melhoria das condições sociais e econômicas das adolescentes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de pesquisa de caráter observacional com delineamento transversal, realizado no Ambulatório de Contracepção em Adolescentes do HCFMB/UNESP a partir de junho de 2023 com previsão de realização em 30 meses. A amostra será composta por adolescentes do sexo feminino, na faixa etária dos 12 aos 19 anos, que optarem pela inserção do implante de etonogestrel. Posteriormente à inserção do dispositivo, serão realizadas avaliações por consultas agendadas no Ambulatório de Contracepção de Adolescente e/ou por contato telefônico no dia da inserção, em 3 meses, 6 meses e 12 meses, a contar da data da inserção do implante. Em cada um destes momentos será aplicado um formulário para coleta de dados: características demográficas e socioeconômicas das usuárias de implante; perfil reprodutivo; antecedente ginecológico; conhecimento da usuária quanto ao método contraceptivo escolhido; avaliação de satisfação das usuárias; avaliação do desejo de continuidade em usar o dispositivo e padrão de sangramento menstrual prévio e após inserção do implante.

O custo será de R\$60.000,00 com financiamento decorrente de Emenda Parlamentar para compra dos implantes contraceptivos.

Período de recrutamento/coleta de dados do estudo: agosto de 2023 a agosto de 2025.

Cronograma de execução na PB: fevereiro de 2023 a novembro de 2025 (coleta de dados deverá ser iniciada após aprovação do CEP).

Pendências anteriores:

Pendência 1 - a inserção do implante faz parte da pesquisa?

Resposta: Não. A inserção do implante não é objeto da pesquisa.

Análise: Os pesquisadores esclarecem que a inserção do implante não é objeto da pesquisa. Pendência atendida.

Pendência 2 - quem faz a indicação do implante? É a mesma equipe desta pesquisa ou trata-se de outra equipe? (esclarecer).

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Telefone: (14)3880-1609

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

E-mail: cep@fmb.unesp.br

Continuação do Parecer: 6.175.364

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2044921.pdf	05/07/2023 12:18:49		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaResposta_julho23.pdf	05/07/2023 12:16:24	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEImplanteResponsavel5.pdf	05/07/2023 12:15:02	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEImplanteMaior5.pdf	05/07/2023 12:14:45	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TALEImplante5.pdf	05/07/2023 12:14:28	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoImplanonCEP_julho23.pdf	05/07/2023 12:12:41	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
Cronograma	CronogramalImplante5.pdf	05/07/2023 12:11:29	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaHcfmbSipe4232022.pdf	06/01/2023 23:04:49	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	TermoDeAnuenciaInstitucional.pdf	06/12/2022 16:52:47	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito
Folha de Rosto	Folha_rosto_assinada.pdf	06/12/2022 16:50:04	Flávia Neves Bueloni Dias	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BOTUCATU, 11 de Julho de 2023

**Assinado por:
Trajano Sardenberg
(Coordenador(a))**

Endereço: Chácara Butignolli, s/n

Bairro: Rubião Junior

UF: SP

Município: BOTUCATU

CEP: 18.618-970

Telefone: (14)3880-1609

E-mail: cep@fmb.unesp.br

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Questionário 1 (no dia da inserção)

QUESTIONÁRIO I (Aplicação no dia da inserção do Implanon NXT®)

Nome: _____

RG: _____ Data da Inserção: _____ Data do Questionário: _____

PARTE 1: SOCIOECONÔMICO-DEMOGRÁFICO

1. Idade: _____ anos
2. Estado civil:
☐ Solteira ☐ Casada ☐ Amasiada ☐ Viúva
3. Etnia:
☐ Branca ☐ Parda ☐ Negra ☐ Indígena ☐ Amarela
4. Escolaridade:
☐ Ensino Fundamental Completo ☐ Ensino Fundamental Incompleto ☐ Ensino Médio completo ☐ Ensino Médio Incompleto ☐ Superior Incompleto ☐ Superior Completo
5. Renda familiar mensal:
☐ < 1 salário mínimo ☐ 1- 2 salários mínimos ☐ 3-4 salários mínimos ☐ > 5 salários mínimo

PARTE 2: ANTECEDENTE OBSTÉTRICO

6. Número de gestações: _____ Partos: _____ Abortos: _____
7. Número de filhos vivos: _____

Se gestação prévia, foi planejada: ☐ Sim ☐ Não

PARTE 3: ANTECEDENTE GINECOLÓGICO

8. Utiliza método contraceptivo? ☐ Sim ☐ Não
- Se sim, qual? _____
- Por quanto tempo? _____
9. Qual intervalo do seu ciclo menstrual?
☐ < 24 dias ☐ 24 – 38 dias ☐ > 38 dias ☐ Não sabe
10. Qual a duração?
☐ 1 – 8 dias ☐ 9 – 14 dias ☐ > 14 dias ☐ Não sabe
11. Qual o fluxo menstrual?
☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Intenso ☐ Com saída de coágulos
12. Já realizou tratamento para infecção sexualmente transmissível?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não sabe
- Se sim, qual? _____

13. Com qual frequência usa condom masculino/feminino no sexo?
() Nunca () Raramente () Às vezes () Sempre

PARTE 4: CONHECIMENTOS SOBRE O MÉTODO ESCOLHIDO

14. Possui duração de 3 anos? () Sim () Não
15. O implante evita transmissão de doenças sexualmente transmissíveis?
() Sim () Não

PARTE 5: ESCOLHA DO MÉTODO CONTRACEPTIVO

16. Qual foi a influência do fato de ser gratuito para sua escolha deste método?
() Nenhuma () Pequena () Média () Grande
17. Qual foi a influência da baixa chance de falha (alta eficácia) do implante contraceptivo na sua decisão de usar este método?
() Nenhuma () Pequena () Média () Grande
18. Qual foi a influência da duração (três anos) do implante contraceptivo na sua decisão de usar este método?
() Nenhuma () Pequena () Média () Grande
19. Qual foi a influência do implante não ser percebido por outras pessoas na sua decisão de usar este método?
() Nenhuma () Pequena () Média () Grande
20. Qual foi a influência do implante contraceptivo ser um anticoncepcional que “não precisa de lembrar de usar todo dia” na sua decisão de usar este método?
() Nenhuma () Pequena () Média () Grande

APÊNDICE 2 – Questionário 2 (3 meses após a inserção)

QUESTIONÁRIO II (3 meses após inserção do Implanon NXT®)

Nome: _____

RG: _____ Data da Inserção: _____ Data do Questionário: _____

PARTE 1: INSERÇÃO DO IMPLANTE DE ETONOGESTREL

1. Quanto à dor no braço durante a inserção do implante, ela foi:
☐ Não tive dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Não me lembro
2. Quanto às alterações no braço nos dias seguintes à inserção (vermelhidão, dor local e área roxa), você diria que:
☐ Não tive alterações locais ☐ Leves ☐ Moderadas ☐ Intensas
☐ Não me lembro
3. Como você se sente em relação à presença do implante no seu braço (grau de incômodo)?
☐ Não me incomoda ☐ Pouco ☐ Moderado ☐ Muito incomodada

PARTE 2: SATISFAÇÃO EM USO DO MÉTODO

4. Considerando seu método atual, você diria que está:
☐ Muito insatisfeita ☐ Indiferente ☐ Satisfeita ☐ Muito satisfeita
5. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?
☐ Muito insegura ☐ Insegura ☐ Indiferente /neutra ☐ Segura ☐ Muito segura
6. Você recomendaria o implante a uma amiga ou familiar?
☐ Não ☐ Talvez ☐ Sim
7. Quando seu implante vencer, você pretende trocar por um novo implante?
☐ Não ☐ Talvez ☐ Sim
8. Você já pensou em remover o Implanon NXT?
☐ Sim ☐ Não Motivo: _____

PARTE 3: PADRÃO MENSTRUAL

1. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do implante?
 - ☐ não menstruei desde a inserção
 - ☐ menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção
 - ☐ menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção
 - ☐ menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção
 - ☐ estou sangrando continuamente desde a inserção

2. Caso esteja tendo sangramentos, em relação ao volume de sangue:
 - ☐ não alterou ☐ diminuiu ☐ aumentou

3. Caso esteja tendo sangramentos, quantos dias você sangra atualmente?
 - ☐ 1 – 3 dias ☐ 4 – 8 dias ☐ 9 – 13 dias ☐ ≥ 14 dias ☐ Não sabe

APÊNDICE 6 - Questionário III (6 e 12 após inserção do Implanon NXT®)

QUESTIONÁRIO III (6 e 12 após inserção do Implanon NXT®)

Nome: _____

RG: _____ Data da Inserção: _____ Data do Questionário: _____

PARTE 1: SATISFAÇÃO EM USO DO MÉTODO

1. Considerando seu método atual, você diria que está:
() Muito insatisfeita () Indiferente () Satisfeita () Muito satisfeita
2. Quão segura você está se sentindo em relação a proteção de uma gestação não planejada neste momento?
() Muito insegura () Insegura () Indiferente /neutra () Segura () Muito segura
3. Você recomendaria o implante a uma amiga ou familiar?
() Não
() Talvez
() Sim
4. Quando seu implante vencer, você pretende trocar por um novo implante?
() Não
() Talvez
() Sim
5. Você já pensou em remover o Implanon NXT?
() Sim
() Não Motivo: _____

PARTE 3: PADRÃO MENSTRUAL

1. Como está seu padrão de sangramento (menstruação) desde a inserção do implante?
() não menstruei desde a inserção
() menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção
() menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção
() menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção
() estou sangrando continuamente desde a inserção
2. Caso esteja tendo sangramentos, em relação ao volume de sangue:
() não alterou
() diminuiu
() aumentou
3. Caso esteja tendo sangramentos, quantos dias você sangra atualmente?
() 1 – 3 dias () 4 – 8 dias () 9 – 13 dias () ≥ 14 dias () Não sabe