



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

**Jaqueline Layse de Oliveira Tedesco**

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

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Campus de Botucatu, Defesa do Mestrado em Tocoginecologia.

Orientadora: Profa Dra Mariane Nunes de Nadai

**Botucatu  
2024**

**Jaqueline Layse de Oliveira Tedesco**

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

Dissertação apresentada à  
Faculdade de Medicina Universidade  
Estadual Paulista “Júlio de Mesquita  
Filho”, Campus de Botucatu, Defesa  
do Mestrado em Tocoginecologia.

Orientadora: Profa Dra Mariane Nunes de Nadai

Botucatu  
2024

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA SEÇÃO TÉC. AQUIS. TRATAMENTO DA INFORM.  
DIVISÃO TÉCNICA DE BIBLIOTECA E DOCUMENTAÇÃO - CÂMPUS DE BOTUCATU - UNESP  
BIBLIOTECÁRIA RESPONSÁVEL: MARIA CAROLINA A. CRUZ E SANTOS-CRB 8/10188

Tedesco, Jaqueline Layse de Oliveira.

Avaliação das taxas de continuidade e satisfação do implante liberador de etonogestrel inserido no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo / Jaqueline Layse de Oliveira Tedesco. - Botucatu, 2024

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho", Faculdade de Medicina de Botucatu  
Orientador: Mariane Nunes de Nadai  
Capes: 40101150

1. Anticoncepção. 2. Dispositivos Anticoncepcionais Femininos. 3. Satisfação do paciente. 4. Gravidez não Planejada. 5. Vulnerabilidade em saúde.

Palavras-chave: Contracepção; Etonogestrel; Satisfação; Vulneráveis.

**ATA DA DEFESA PÚBLICA DA DISSERTAÇÃO DE Mestrado de JAQUELINE LAYSE DE OLIVEIRA TEDESCO, DISCENTE DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TOCGINECOLOGIA, DA FACULDADE DE MEDICINA.**

Aos 23 dias do mês de fevereiro do ano de 2024, às 08:00 horas, por meio de Videoconferência, realizou-se a defesa de DISSERTAÇÃO DE Mestrado de JAQUELINE LAYSE DE OLIVEIRA TEDESCO, intitulada Avaliação das taxas de continuidade e satisfação do Implante liberador de etonogestrel inserido no pós-parto imediato em uma maternidade de alto e baixo risco do interior do estado de São Paulo. A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes membros: Profa. Dra. MARIANE NUNES DE NADAI (Orientador(a) - Participação Virtual) do(a) FO/Bauru - USP, Profa. Dra. FLÁVIA NEVES BUELONI DIAS (Participação Virtual) do(a) Depto. de Ginecologia e Obstetrícia / FM/Botucatu - Unesp, Prof. Dr. ÊNIO LUIS DAMASO (Participação Virtual) do(a) FO/Bauru - USP. 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: aprovada. Nada mais havendo, foi lavrada a presente ata, que após lida e aprovada, foi assinada pelo(a) Presidente(a) da Comissão Examinadora.



Profa. Dra. MARIANE NUNES DE NADAI

## **Dedicatória**

Gostaria de dedicar este trabalho a todas as mulheres que fizeram ciência e lutaram para e por reconhecimento na sociedade. Dedico à elas meu trabalho e agradeço profundamente a oportunidade de estar hoje onde estou, mulheres que silenciosamente ajudam outras mulheres, transformando nosso fardo mais leve.

Obrigada

## **Agradecimento**

A minha orientadora Profa. Dra Mariane Nunes Nadai, por toda sua paciência e dedicação. Guardarei comigo todo o aprendizado científico e humano.

A Profa. Dra Vera Therezinha Medeiros Borges, iniciamos este trabalho juntas, obrigada pela oportunidade.

A aluna da graduação Maylla Rodrigues de Oliveira, pela sua colaboração de forma tão dedicada e responsável.

Aos meus colegas de trabalho da Maternidade Santa Isabel, que mesmo em dias de intenso trabalho realizaram a inserção do implante.

Aos meus filhos, Vitor e Felipe que algumas vezes se privaram da minha companhia.

E finalmente meu sincero agradecimento a Faculdade de Medicina de Botucatu pela formação me dada e a todos que contribuíram direto e indiretamente, para realização deste trabalho.

## LISTA DE ABREVIATURAS

CONITEC	Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS
DHEG	Doença hipertensiva específica da gestação
DIU	Dispositivo Intrauterino
DMG	Diabetes mellitus gestacional
ENG	Etonogestrel
HAC	Hipertensão arterial crônica
HIV	Vírus da imunodeficiência humana
IRC	Insuficiência renal crônica
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LARC	<i>Long Acting Reversible Contraceptive</i> [Contraceptivo Reversível de Longa ação]
MSI	Maternidade Santa Isabel
OMS	Organização Mundial da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO:

• RESUMO.....	8
• ABSTRAT.....	9
1. INTRODUÇÃO.....	10
1.1 PLANEJAMENTO REPRODUTIVO .....	11
1.2 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGA AÇÃO.....	12
1.3 IMPLANTE LIBERADOR DE ETONOGESTREL.....	13
1.4 CONTRACEPÇÃO PÓS PARTO.....	13
1.5 SATISFAÇÃO COM USO DE LARC.....	14
2. JUSTIFICATIVA .....	16
3. OBJETIVOS .....	18
4. MATERIAIS E MÉTODOS.....	20
4.1 DESENHO DO ESTUDO.....	21
4.2 SELEÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	21
4.3 COLETA DE DADOS.....	21
4.4 ANÁLISE DE DADOS.....	22
4.5 ORÇAMENTO.....	23
4.6 CRONOGRAMA.....	23
4.7 RISCOS.....	23
4.8 BENEFÍCIOS.....	24
6. RESULTADOS.....	25
7. CONCLUSÃO.....	41
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
9. ANEXOS.....	49
Anexo 1 - Questionário de satisfação, aceitabilidade e continuidade .....	50
Anexo 2 - Termo de consentimento Livre e Esclarecido .....	61
Anexo 3 - Avaliação social da paciente .....	62

## Resumo

**Introdução:** As gestações não planejadas aumentam os riscos à saúde da mãe e do filho, como desnutrição, doenças, abusos, negligência e aumento da mortalidade materna e perinatal. O custo de uma gravidez não planejada no Brasil é de R\$2293,00. O governo gasta cerca de 4,1 bilhões de reais/ano com gestações não planejadas (até o parto). Os contraceptivos de longa ação reversíveis (LARCs) são altamente eficazes, podendo ser utilizados e oferecidos no pós parto imediato. Entre eles, o implante contraceptivo liberador de etonogestrel (ENG) é um dispositivo contendo apenas progestagênio apresentando taxa de falha de 0,05% e de continuidade de 84% em um ano, com duração contraceptiva de 3 anos. Desta forma, é considerado um bom método anticoncepcional.

**Objetivos:** Avaliar taxas de satisfação e continuidade do uso do Implante de etonogestrel como método contraceptivo inserido no puerpério imediato. **Métodos:** Foram incluídas 231 mulheres que receberam implante de etonogestrel no pós parto imediato, sendo realizadas avaliações, através de contato telefônico, em 3 meses, 6 meses e 12 meses a contar da data da inserção do implante. Para mensurar satisfação quanto ao método utilizado, bem como questionamentos quanto a evento adversos e continuidade do método. **Resultados:** A satisfação relacionada ao método contraceptivo escolhido nesta população foi alta, sendo que a maior parte das mulheres se consideraram “muito satisfeitas”. Em relação a satisfação global, 68% das mulheres relataram estar satisfeitas e 19% totalmente satisfeita, somando-se 87% de satisfação. **Conclusão:** Nossos dados mostraram que a continuidade e satisfação com o implante de etonogestrel foram muito elevadas. Desta forma, incentivar e promover maior acesso a este método contraceptivo pode ser uma intervenção útil e necessária para prevenir gestações indesejadas em populações vulneráveis.

Palavras-chave: anticoncepção, etonogestrel, satisfação, vulneráveis

## Abstract

**Introduction:** Pregnancy is an event that, under any conditions, generates profound changes in a woman's life, whether psychological, hormonal, physical, social and emotional. Unplanned pregnancies can lead to a wide range of health risks for the mother and child, such as malnutrition, illness, abuse, neglect, and even increased maternal and fetal mortality. The cost of an unplanned pregnancy in Brazil is R\$2293.00. The government spends about 4.1 billion reais a year on unplanned pregnancies (until delivery). Long-acting reversible contraceptives (LARCs) are highly effective and can be used and offered in the immediate postpartum period. Among them, the etonogestrel-releasing contraceptive implant (ENG) is a progestogen-only device, with a failure rate of 0.05% and a continuity rate of 84% in one year. It has a contraceptive duration of 3 years. In this way, it is considered an excellent contraceptive method. **Objectives:** To assess satisfaction rates and continuity of use of the etonogestrel implant as a contraceptive method inserted in the immediate postpartum period. **Methods:** 231 patients who received an etonogestrel implant in the immediate postpartum period have been included, with assessments being carried out via telephone contact at 3 months, 6 months, and 12 months from the date of implant insertion. To measure satisfaction with the method used, as well as questions regarding adverse events and continuity of the method. **Results:** Satisfaction related to the contraceptive method chosen in this population was high, with most women considering themselves “very satisfied”. Regarding overall satisfaction, 68% of patients reported being satisfied and 19% completely satisfied, totaling 87% satisfaction. **Conclusion:** Our data showed that continuity and satisfaction with the etonogestrel implant were very high. Therefore, encouraging and promoting greater access to this contraceptive method can be a useful and necessary intervention to prevent unwanted pregnancies in vulnerable populations.

Keywords: contraception, etonogestrel, satisfaction, vulnerable,

# INTRODUÇÃO

---

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Planejamento Reprodutivo

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

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<sup>8</sup>. Muitas vezes, porém a falta de acesso aos métodos escolhidos pode levar a mulher a não utilizar corretamente um método contraceptivo, levando a uma nova gestação não planejada.

No mundo, cerca de 40% das gestações são não planejadas, sendo estes índices maiores em regiões em desenvolvimentos do que em países desenvolvidos<sup>4,9</sup>. No Brasil, estas taxas chegam a 55%, sendo que 29% destas são indesejadas. Em populações vulneráveis, estas taxas podem ser ainda maiores, sendo cerca de 70% em mulheres soropositivas para HIV<sup>10</sup> e adolescentes<sup>11,12</sup>, e próximo a 100% em usuárias de substâncias psicoativas<sup>13</sup>. A pesquisa “Nascer no Brasil” em 2014, com participação de mais de 20 mil mulheres, evidenciou que grande parte das puérperas entrevistadas não havia planejado a gestação<sup>14</sup>, o que nos leva a acreditar que existe uma grande lacuna nas necessidades contraceptivas atuais. Gestações não planejadas podem levar a uma ampla gama de riscos à saúde da mãe e do filho, como desnutrição, doença, abuso, negligência e até aumento de mortalidade materna e fetal<sup>15</sup>. O custo de uma gravidez não planejada no Brasil é de R\$ 2.293,00. O custo total atribuído à gravidez não planejada no Brasil é estimado em R\$ 4,1 bilhões anualmente<sup>16</sup>. A gravidez não planejada está associada a um

risco aumentado de morbidade e mortalidade materna, neonatal e infantil<sup>2</sup>, redução das oportunidades educacionais e aumento das disparidades de renda<sup>17</sup>.

## 1.2 Métodos Contraceptivos De Longa Ação Reversíveis (LARCs)

Métodos contraceptivos de longa ação reversíveis (ou *Long Acting Reversible Contraceptives* - LARC) são contraceptivos de ação prolongada, ou seja, que oferecem proteção por ao menos três anos, com uma única intervenção. São considerados uma excelente estratégia para reduzir a gravidez não planejada, e proporcionam vários benefícios não contraceptivos com rápido retorno da fertilidade<sup>18</sup>. Por não necessitarem do uso diário, possuem maior eficácia e continuidade quando comparado aos métodos de curta ação<sup>19</sup>, além de apresentarem melhor relação custo-benefício<sup>20,21</sup>. As taxas de gravidez com métodos de longa ação reversíveis estão entre as mais baixas entre todos os métodos reversíveis e permanentes de contracepção, já que não depende do uso correto por parte da mulher<sup>16,17,22</sup>. Desta forma, seu uso deve ser incentivado e corretamente orientado e ofertado, contribuindo assim para melhorias no planejamento familiar.

Os LARCs englobam o DIU de cobre, os sistemas intrauterinos liberadores de levonorgestrel (SIU LNG) e os implantes subdérmicos<sup>20,23</sup>. No Brasil, o único implante contraceptivo comercializado é o de etonogestrel<sup>24</sup>, e apenas o DIU de cobre está disponível no Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>25</sup>. O SIU LNG e o implante de etonogestrel (ENG) estão disponíveis no setor público apenas em alguns hospitais universitários e com indicações restritas<sup>26</sup>.

Entre as mulheres em idade reprodutiva no mundo (aproximadamente 1,9 bilhões), estima-se que cerca de 60 a 70% esteja em uso de algum método contraceptivo moderno<sup>25,27</sup>. Ainda assim, cerca de 10% delas têm necessidades não atendidas em contracepção<sup>28</sup>. Sabemos que anticoncepcionais de curta duração têm 21,8 vezes mais risco de falha que os contraceptivos reversíveis de longa ação (LARC)<sup>29</sup>. Parte da alta taxa de gravidez não planejada pode ser justificada pelo uso relativamente baixo de LARCs, entre eles o implante de etonogestrel<sup>30</sup>. Dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher<sup>25</sup> mostraram que apenas 1,6% das mulheres usavam LARCs no período do estudo, sendo que 1,5% usavam o DIU e 0,1% usavam implante de etonogestrel<sup>25</sup>. Este mesmo estudo mostrou que os métodos contraceptivos mais utilizados no Brasil eram a pílula, a esterilização feminina e preservativo masculino. A prevalência de uso de LARC no país, portanto, é considerada muito baixa, sendo inferior a 2% de todas as usuárias de métodos contraceptivos<sup>25,31-33</sup>. Uma

possível justificativa para este fato pode ser o acesso limitado aos métodos contraceptivos, pouca disponibilidade de todos os métodos contraceptivos nos serviços públicos, medo de efeitos colaterais, oposições culturais ou religiosas ou falta de apoio de parcerias e familiares<sup>15,28</sup>. Além disto, na maioria dos locais apenas um tipo de LARC está disponível gratuitamente no sistema público de saúde (DIU de cobre) e mesmo este é subutilizado, falta de treinamento sobre LARC na maioria dos programas de residência em obstetrícia e ginecologia, informações e aconselhamento inadequados sobre os LARCs oferecidos por alguns profissionais de saúde, desconhecimento dos LARCs pela população e o medo da dor durante a inserção dos anticoncepcionais intrauterinos por parte das mulheres<sup>23,34,35</sup>. A falta de acesso ou a baixa adesão a uso de métodos contraceptivos, como uso inconsistente, incorreto ou descontinuação, são fatores importantes para a ocorrência de gestação não planejada<sup>36</sup>.

### **1.3 O implante liberador de etonogestrel**

Os implantes subdérmicos de etonogestrel são bastonetes com 4 cm, inseridos no antebraço, que liberam etonogestrel de forma contínua por até 3 anos. Sua ação contraceptiva é decorrente da inibição da ovulação e espessamento o muco cervical, apresentando taxa de falha de 0,05% e continuidade de 84% em um ano<sup>17,37</sup>. É o método contraceptivo com maior taxa de eficácia na atualidade, apresentando aproximadamente 5 falhas em cada 10.000 mulheres no primeiro ano de uso<sup>37</sup>. Possui poucas contraindicações, sendo também um excelente método para adolescentes<sup>38,39</sup> e outras mulheres em condições de vulnerabilidade<sup>37,40,41</sup>. Alterações no padrão da menstruação são o principal motivo para interrupção do uso, mas, ainda assim, a taxa de continuidade é alta, superior a 79% no primeiro ano de uso<sup>19,42</sup>. O implante de ENG ainda não compõe o rol de contraceptivos ofertados pelo SUS, apesar de inúmeras tentativas de incorporá-lo pela CONITEC<sup>26</sup>. Apesar disso, alguns governos estaduais e municipais realizaram a compra do produto, estabelecendo critérios para a oferta no serviço público, em geral em razão de situações de vulnerabilidade social, como, por exemplo, uso de drogas ilícitas, mulheres em situação de rua e adolescentes.

### **1.4 Contraceção no pós parto**

Além de altamente eficazes<sup>17</sup>, os LARCs podem ser utilizados e oferecidos no pós parto imediato<sup>20-24</sup>. Entre estas possibilidades está o implante contraceptivo liberador de

etonogestrel (ENG). Além de altamente eficazes, são seguros para o binômio mãe-bebê. Existem evidências robustas com dados de segurança para os bebês amamentados por mães utilizando LARCs no pós parto imediato<sup>22,23,28,29</sup>. Assim, ao oferecer contracepção no puerpério imediato, especialmente nos casos de vulnerabilidade social, podemos contribuir para o aumento deste intervalo intergestacional e redução de gestações não planejadas, resultando em inúmeros benefícios para a mãe e para o bebê<sup>43</sup>.

Sabemos que um menor intervalo intergestacional pode ser extremamente prejudicial à mãe e ao futuro concepto<sup>44,45</sup>. Gestações sequenciais podem cursar com complicações maternas e fetais, como baixo peso ao nascer<sup>45</sup>, prematuridade<sup>45</sup>, maior mortalidade neonatal e infantil<sup>44-47</sup>, corioamniorexe prematura<sup>47</sup>, diabetes gestacional, obesidade<sup>47,48</sup> e maior risco de pré-eclâmpsia<sup>49</sup>. Desta forma, o momento do parto pode ser um cenário interessante para oferecimento e inserção de um método contraceptivo, em especial os métodos contraceptivos reversíveis de longa ação.

A manutenção do contraceptivo escolhido no puerpério também é sobremaneira importante, pois a insatisfação da paciente frente ao produto ou sua remoção precoce pode ser um fator determinante em uma nova gestação não planejada. Estudos mostram que as taxas de aceitação, satisfação e continuidade dos LARCs iniciados no período puerperal são altas<sup>30-32,32</sup>, o que nos mostra que estes podem e devem ser oferecidos para puérperas que assim desejarem.

### **1.5 Satisfação com uso de LARCs**

A satisfação com o uso do método contraceptivo está intimamente relacionada às taxas de continuidade do método, influenciando também nas taxas de eficácia<sup>17,19,20,50</sup>. As usuárias que optaram pela interrupção do uso do método foram consideradas insatisfeitas e a principal razão paradescontinuar o uso foram alterações no padrão de sangramento<sup>15,19,50,51</sup>. Estudos avaliando implante de ENG inserido no pós parto mostraram melhores taxas de satisfação relacionados ao padrão de sangramento, sendo este um método excelente para ser utilizado em puérperas<sup>51,52</sup>. Mesmo em grupos de mulheres vulneráveis, como adolescentes, a literatura mostra que a satisfação e continuidade continuam sendo altas, o que pode contribuir sobremaneira para melhor planejamento familiar, em especial nestas populações<sup>53</sup>.

No Brasil, há ainda poucos estudos abordando a satisfação com o uso de LARC, especialmente com o uso do implante de etonogestrel. Alguns autores

avaliaram populações de adolescentes e observaram taxa de continuidade de 100% após um ano de uso, não tendo sido reportado falhas contraceptivas neste período de observação<sup>12</sup>. Outro estudo brasileiro avaliou o implante de ENG inserido no pós parto e observou taxa de satisfação de 90% após um ano de uso, sem diferença entre as que inseriram 48 horas ou seis semanas após o parto <sup>52</sup>.

## **JUSTIFICATIVAS**

---

## **2. JUSTIFICATIVAS**

A Maternidade Santa Isabel (MSI), em Bauru -SP, realiza cerca de 250 partos por mês, atendendo mulheres do município e da região dentre essas muitas mulheres em vulnerabilidade social. Considerando que, após orientação adequada, grande parte das puérperas possa se interessar em inserir um LARC já no puerpério imediato<sup>30</sup>, consideramos abranger e beneficiar um grande número de mulheres oferecendo contraceptivos de longa ação reversíveis (LARCs) antes da alta hospitalar, em especial o implante de ENG. Desta forma, procuramos avaliar estas mulheres no decorrer do primeiro ano após a inserção do dispositivo, buscando avaliar o grau de satisfação e continuidade deste método nesta população.

## **OBJETIVOS**

---

### **3. OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo primário**

Avaliar taxas de satisfação e continuidade do uso do Implante de etonogestrel inserido no puerpério imediato, em mulheres em situações de vulnerabilidade

#### **3.2 Objetivo secundário**

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

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

---

## **4. MATERIAIS E MÉTODOS**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo coorte prospectivo no qual, durante a avaliação de rotina da equipe assistencial ao longo da internação na Maternidade Santa Isabel, as mulheres foram avaliadas e orientadas sobre a possibilidade de utilização de LARCs no puerpério imediato, podendo optar pelo implante de etonogestrel ou dispositivo intrauterino. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CAAE: 58822722.5.0000.5417).

### **4.2 Seleção de participantes**

Foram incluídas no projeto mulheres em situação de vulnerabilidade social, conforme descrito abaixo:

#### **Critérios de inclusão**

Os critérios de inclusão foram:

- mulheres que optaram pelo implante de etonogestrel;
- mulheres em situação de rua;
- mulheres em situação de vulnerabilidade e/ou risco social e econômico (renda per capita abaixo de R\$ 168,00);
- Usuárias de substâncias psicoativas;
- Adolescentes entre 14 e 17 anos e 11 meses e 29 dias com termo de consentimento livre e esclarecido( TALE);
- Mulheres soropositivas para HIV;
- mulheres com diagnóstico de algum tipo de transtorno mental ou desordem psiquiátrica;
- Multíparas (3 ou mais filhos vivos)

#### **Critérios de exclusão**

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

- Não aceitaram participar da pesquisa;
- Faltavam dados no prontuário como contato telefônico entre outros dados.

### **4.3 Coleta de dados**

A coleta de dados ocorreu em duas etapas: coleta de dados a partir de informações da ficha de avaliação inicial da paciente; e entrevista com as mulheres por meio de instrumento estruturado via contato telefônico.

Variáveis de caracterização da amostra

- Idade;
- Cor/raça;
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Situação profissional;
- Renda familiar;
- Numero de pessoas que moram na casa;
- Paridade;
- Benefício social;
- patologias
- Uso de método anticoncepcional (MAC) hormonal prévio;

Posteriormente à inserção do dispositivo contraceptivo, as mulheres foram convidadas a participar do projeto. As que aceitaram assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (Anexo 2) e seus dados demográficos foram computados para posterior análise. Foram realizadas avaliações, através de contato telefônico, em 3 meses, 6 meses e 12 meses, a contar da data da inserção do implante. Em cada um destes momentos foi realizado um questionário (Anexo 1) para mensurar satisfação quanto ao método utilizado, bem como questionamento quanto ao desejo de continuar utilizando o dispositivo. Cada entrevista teve duração aproximada de 15 minutos. Ao final de cada entrevista, foi perguntado às participantes se restavam dúvidas ou se desejavam comentar algo, procedendo ao registro das observações e agradecendo a participação na pesquisa. As usuárias cujos contatos via telefone após 3 tentativas em dias e horários diferentes não resultaram em resposta foram excluídas da pesquisa, tendo sido consideradas perdas. O contato telefônico foi realizado pelos pesquisadores.

#### **4.4 Análise dos dados**

A análise descritiva do perfil sociodemográfico e reprodutivo das usuárias do implante de etonogestrel foram analisadas por meio de números absolutos e porcentagens (Tabela 1). A descrição do uso dos métodos prévios - envolvendo satisfação com métodos anteriores, a experiência com o uso do implante de ENG, a segurança quanto à eficácia e a intenção de continuidade foram analisadas por meio de números absolutos e porcentagens (Tabela 2). A análise de satisfação quanto ao implante de ENG foi avaliada através de gráficos, demonstrando as proporções de mulheres muito satisfeitas, satisfeitas, indiferentes, insatisfeitas e muito insatisfeitas em cada subgrupo de mulheres avaliado. Para análise dos dados foi calculado média e porcentagem para variáveis qualitativas. As análises foram realizadas utilizando-se o programa *Statistical Analyses System* (SAS), versão 9.4.

#### 4.5 Orçamento

<b>Material</b>	<b>Valor unitário</b>	<b>Valor total</b>
Implante de etonogestrel	R\$ 750,00	R\$ 150.000,00
<b>Total</b>	R\$ 150.000,00	

O custeio deste projeto é advindo de verba adquirida através de uma emenda parlamentar numero 36000.3698662/02-100.

#### 4.6 Cronograma

<b>Atividades</b>	<b>Período</b>
Submissão ao comitê de Ética	Julho 2021
Coleta de dados	Maio de 2022 a maio de 2023
Análise de Dados	Junho 2023 a dezembro de 2023
Análise Estatística	Dezembro de 2023
Interpretação dos Resultados	Dezembro e janeiro 2024
Redação Final do Projeto	Dezembro e janeiro 2024
Qualificação	Dezembro 2023
Defesa mestrado	Fevereiro 2024

#### **4.7 Riscos**

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

#### **4.8 Benefícios**

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

## **RESULTADOS**

---

## 5. RESULTADOS

Foram incluídas 231 mulheres entre fevereiro de 2022 e junho 2023. Portanto, as tentativas de contato telefônico com as mulheres iniciaram em maio de 2022, sendo realizadas até junho de 2023, conforme fluxograma abaixo:

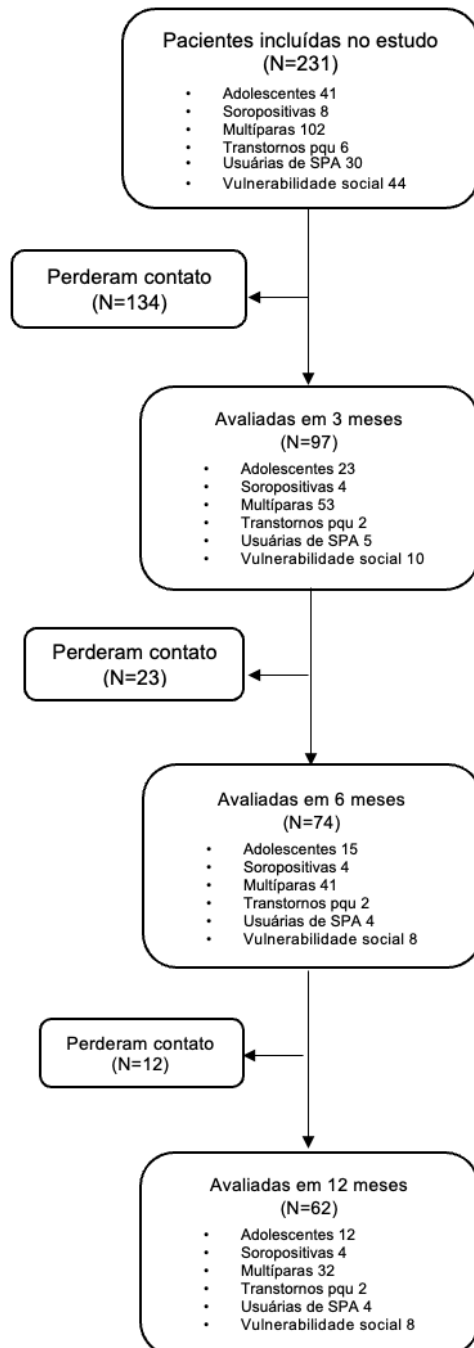


Figura 1: Fluxograma do estudo

Entre as mulheres avaliadas, a maior parcela se encontrava na faixa etária entre 26 a 40 anos, em relação a escolaridade 1 grau incompleto, sendo estado civil a união estável, classe D em classificação de renda, três ou mais gestações e não recebendo benefício social (Tabela 1).

Tabela 1: Dados sociodemográficos das participantes do estudo.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Idade</b>	
Menor que 18 anos	33 (14,3)
18-25 anos	68 (29,4)
26-40 anos	116 (50,2)
Acima de 40 anos	14 (6,1)
<b>Escolaridade</b>	
1 grau incompleto	78 (33,8)
1 grau completo	32 (13,9)
2 grau incompleto	57 (24,7)
2 grau completo	59 (25,5)
Superior incompleto	2 (0,9)
Superior completo	2 (0,9)
Analfabeta	1 (0,4)
<b>Estado civil</b>	
Solteira	82 (35,5)
União estável	104 (45)
Casada	39 (16,9)
Divorciada	3 (1,3)
Viúva	3 (1,3)
<b>Classificação de renda</b>	
Classe A (superior 22 mil)	0 (0)
Classe B (7,1 até 22 mil)	0 (0)
Classe C (2,9 até 7 mil)	54 (23,4)
Classe D e E (até 2,9 mil)	176 (76,2)
Sem renda	1 (0,4)

**Número de gestações**

1	48 (20,8)
2	28 (12,1)
3 ou mais	155 (67,1)

**Recebe benefício social**

Sim	89 (38,5)
Não	142 (61,5)

---

Quanto aos critérios de inclusão, observamos que 44% delas foram incluídas por multiparidade, 14% adolescentes, 13% usuárias de substâncias psicoativas, 3,5 % portadoras do vírus da imunodeficiência humana e 2,6% com transtornos psiquiátricos. Das mulheres inseridas no estudo, 92% realizou pré natal e 78,8 % não apresentava patologias associadas. Das mulheres com patologias associadas durante a gestação (21,2%), 31% delas referiam infecções sexualmente transmissíveis, 17 % Síndrome hipertensiva específicas da gestação, 17% diabetes gestacional e 11% transtornos psiquiátricos (Tabela 2).

Tabela 2: Características clínicas e critérios de inclusão das participantes do estudo.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Realizou pré-natal</b>	
Sim	213 (92,2)
Não	18 (7,8)
<b>Patologias associadas</b>	
Não	182 (78,8)
Sim	49 (21,2)
<b>Tipo de patologia (n=49)</b>	
Distúrbios psiquiátricos	6 (11,8)
Síndrome hipertensiva na gestação	9 (17,6)
Síndrome hipertensiva na gestação+dmg	2 (3,9)
DMG	9 (17,6)
HAC	3 (5,9)
HIV	8 (15,7)

Incompetência istmo cervical	4 (7,8)
Sífilis	8 (15,7)
IRC	1 (2)
Toxoplasmose	1 (2)

### Critérios de inclusão no projeto

Adolescente	33 (14,7)
Multiparidade	102 (44,2)
HIV+	8 (3,5)
Drogas	30 (13)
Transtornos Psiquiátricos	6 (2,6)
Vulnerabilidade econômica	44 (19)

DHEG: doença hipertensiva específica da gestação, DMG: diabetes mellitus gestacional, HAC: hipertensão arterial crônica; HIV: vírus da imunodeficiência humana, IRC: insuficiência renal crônica

No total, conseguimos contato telefônico com 41% das mulheres aos 3 meses, 32% aos 6 meses e 26% aos 12 meses. Na avaliação de 3 meses, todas as mulheres afirmavam continuar utilizando o método, 99 % referiam estar satisfeitas (Gráfico 1), 87 % não referiam incomodo com o implante e 100 % desejavam manter o método escolhido (Tabela 3).

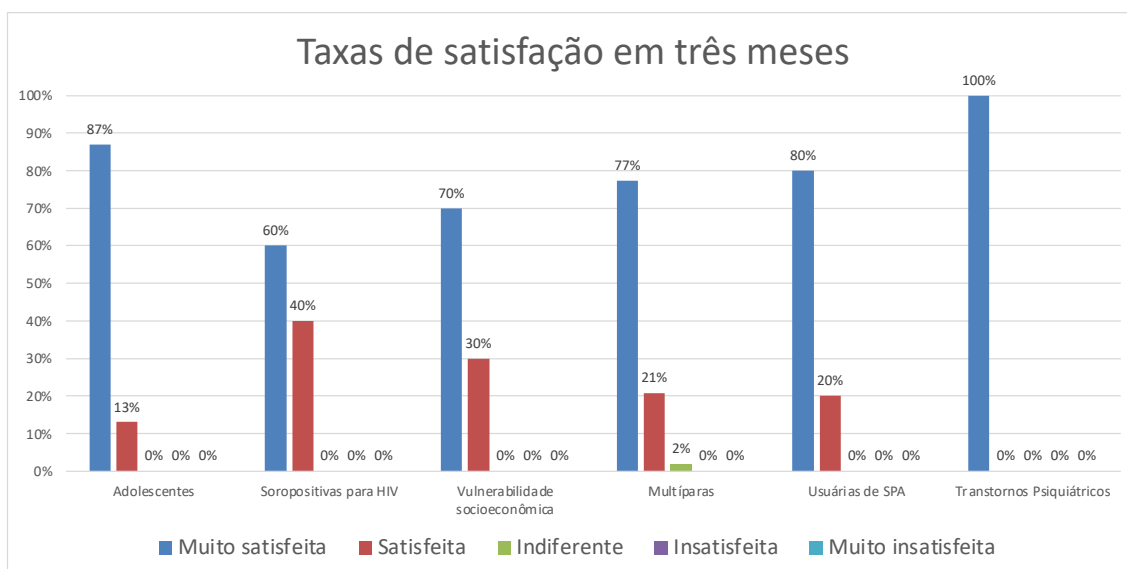


Gráfico 1: Taxas de satisfação com uso do implante de etonogestrel em 3 meses de uso, de acordo com critérios de inclusão.

No questionário de 6 meses, 100 % das continuavam usando o método contraceptivo mencionado, 92 % referiam estar satisfeitas (Gráfico 2), 93 % não sentiam incomodo com o implante e 95 % desejavam manter o método (Tabela 3).

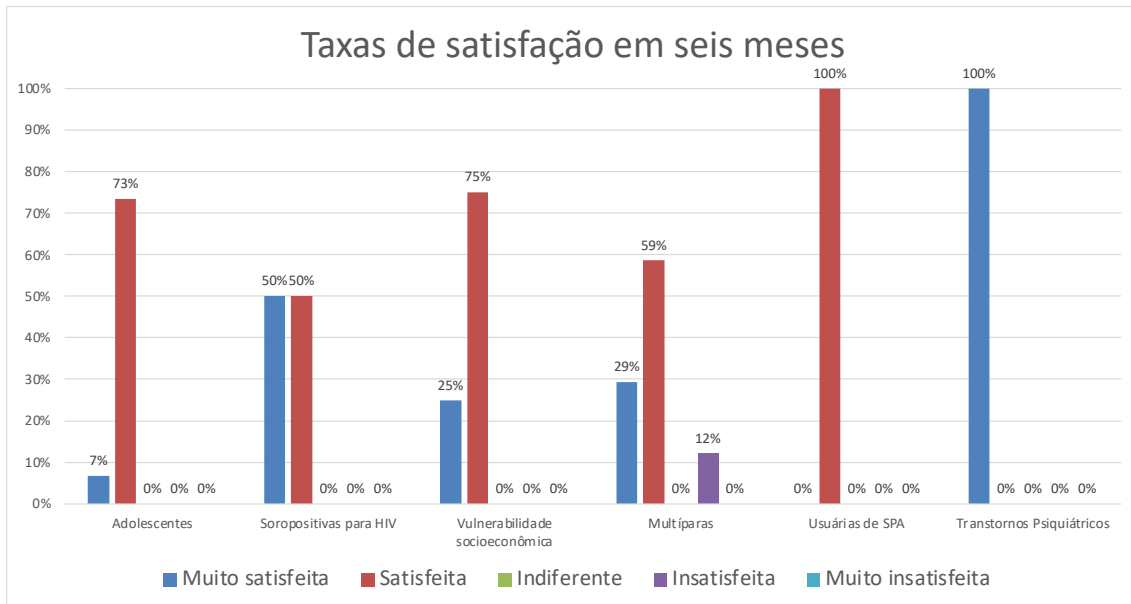


Gráfico 2: Taxas de satisfação com uso do implante de etonogestrel em 6 meses de uso, de acordo com critérios de inclusão.

Já quando avaliadas aos 12 meses, 100 % das entrevistadas mantiveram o uso do implante de ENG, 96 % diziam estar satisfeitas (Gráfico 3), 92% não referiam incomodo com o implante, e 87 % desejavam manter o método. (Tabela 3)

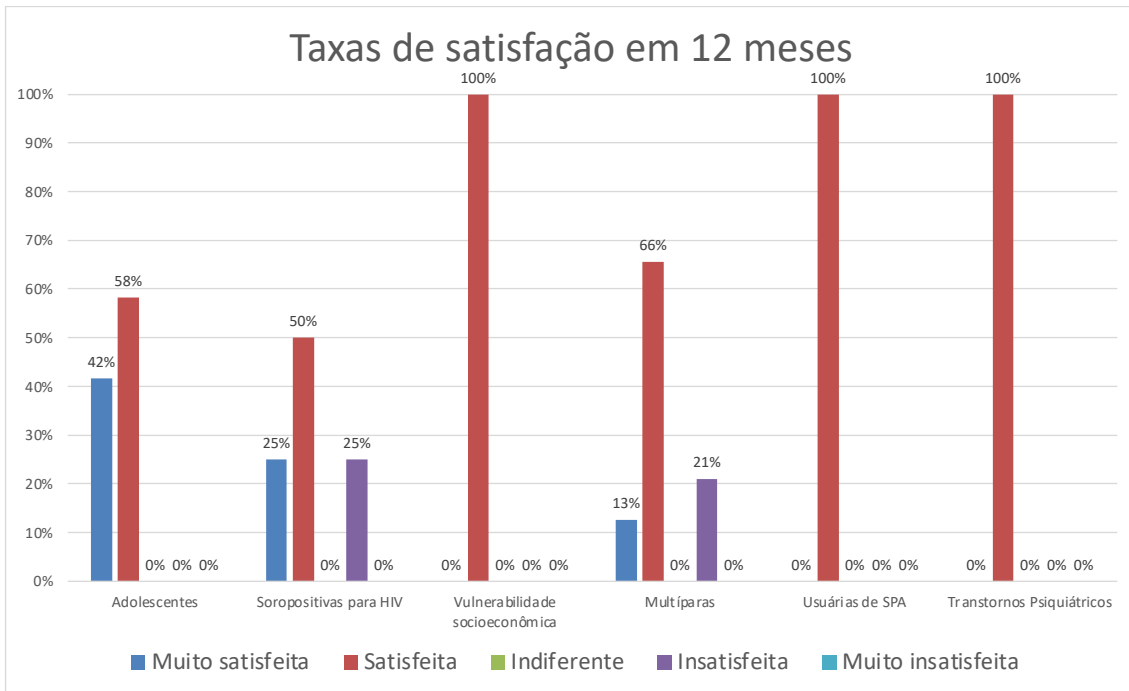


Gráfico 3: Taxas de satisfação com uso do implante de etonogestrel em 12 meses de uso, de acordo com critérios de inclusão.

Tabela 3: Satisfação global, percepções gerais e padrão de sangramento das usuárias do implante de etonogestrel inserido no pós parto imediato.

Características	n (%)		
	3 meses	6 meses	1 ano
<b>Deseja ter mais filhos?</b>			
Desejo neste momento	1 (1)	1 (1,1)	0 (0)
Não	82 (84,5)	82 (93,2)	59 (93,7)
No futuro	14 (14,4)	5 (5,7)	4 (6,3)
Não sabe	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Como sente em relação ao implante no braço?</b>			
Não incomoda	87 (89,7)	82 (93,2)	58 (92,1)
Pouco incomodada	8 (8,2)	2 (2,3)	1 (1,6)
Moderadamente incomodada	1 (1)	3 (3,4)	3 (4,8)
Muito incomodada	1 (1)	1 (1,1)	1 (1,6)
<b>Satisfação em relação ao método prévio</b>			
Não fazia uso	38 (39,2)	20 (22,7)	11 (17,5)
Muito insatisfeita	0 (0)	0 (0)	0 (0)

Insatisfeita	1 (1)	6 (6,8)	6 (9,5)
Indiferente	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Satisfeita	21 (21,6)	48 (54,5)	37 (58,7)
Muito satisfeita	37 (38,1)	14 (15,9)	9 (14,3)
<b>Recomendaria a uma amiga ou familiar?</b>			
Não	0 (0)	5 (5,7)	5 (7,9)
Talvez	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Sim	97 (100)	83 (94,3)	58 (92,1)
<b>Segurança com o método</b>			
Muito insegura	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Insegura	8 (8,2)	8 (9,1)	2 (3,2)
Indiferente	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Segura	42 (43,3)	16 (18,2)	6 (9,5)
Muito segura	47 (48,5)	64 (72,7)	55 (87,3)
<b>Nível de satisfação global</b>			
Muito insatisfeita	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Insatisfeita	0 (0)	7 (8)	8 (12,7)
Indiferente	1 (1)	0 (0)	0 (0)
Satisfeita	19 (19,6)	59 (67)	43 (68,3)
Muito satisfeita	77 (79,4)	22 (25)	12 (19)
<b>Está amamentando?</b>			
Sim, exclusivo	27 (27,8)	0 (0)	0 (0)
Sim, complementando	33 (34)	29 (33)	20 (31,7)
Não	37 (38,1)	59 (67)	43 (68,3)
<b>Padrão de sangramento</b>			
Não menstruei	37 (38,1)	49 (55,7)	33 (52,4)
Menstruei menos 1x/mês	18 (18,6)	9 (10,2)	11 (17,5)
Menstruei 1x/mês	27 (27,8)	23 (26,1)	12 (19)
Menstruei mais de 1x/mês	9 (9,3)	4 (4,5)	6 (9,5)
Sangrando desde a inserção	6 (6,2)	3 (3,4)	1 (1,6)
<b>Deseja remoção do implante ENG?</b>			
Sim	0 (0)	4 (4,5)	7 (11,1)
Não	97 (100)	84 (95,5)	55 (87,3)

Observamos que cerca de 79% das mulheres não conheciam o implante liberador de ENG, e apenas 35% das mulheres haviam conversado com médico pré-natalista sobre anticoncepção pós parto durante pré natal. O fato de o método ser gratuito teve influência na escolha em 82 % das mulheres, enquanto e a alta eficácia influenciou 87% delas. Também observamos que o fato de não precisar lembrar todos os dias teve uma relevância importante na escolha para 88% das mulheres. Em relação as influências externas, pudemos observar que a opinião do parceiro representou influência para cerca de 49% das mulheres. Já a opinião de demais membros da família, como pais ou irmãos, teve importância para 56% delas na tomada de decisão (Tabela 4).

Mais de 73% das mulheres não apresentaram dor relacionada à inserção do implante, 32 % apresentaram desconforto leve, 15% moderado, 24 % desconforto intenso e 27% não tiveram incomodo nenhum. No entanto, observamos que 89% não se incomodam com a presença do implante no braço. E a maior parte das mulheres (93%) não se incomodou com o fato de necessitar de um profissional de saúde para a inserção e remoção do implante (Tabela 4).

Tabela 4: Dados e impressões gerais relacionados ao uso do implante de etonogestrel no puerpério imediato, acerca do método durante o período de uso das participantes do estudo.

<b>Características</b>	<b>n (%)</b>
<b>Já conhecia o método</b>	
Sim	20 (20,6)
Não	77 (79,4)
<b>Conversou sobre anticoncepção com seu médico durante pré natal</b>	
Sim	34 (35,1)
Não	63 (64,9)
<b>Influência do fato de ser gratuito para sua escolha deste método</b>	
Nenhuma	4 (6,3)
Pequena	2 (3,2)

Média	5 (7,9)
Grande	52 (82,5)
<b>Influência da alta eficácia na sua decisão</b>	
Nenhuma	1 (1,6)
Pequena	1 (1,6)
Média	6 (9,5)
Grande	55 (87,3)
<b>Influência da duração do método na sua decisão</b>	
Nenhuma	0 (0)
Pequena	0 (0)
Média	5 (7,9)
Grande	58 (92,1)
<b>Influência de “não precisa de lembrar de usar todo dia” na sua decisão</b>	
Nenhuma	5 (5,2)
Pequena	0 (0)
Média	6 (6,2)
Grande	86 (88,7)
<b>Influência do implante ser colocado abaixo da pele do braço na sua decisão</b>	
Nenhuma	17 (17,5)
Pequena	18 (18,6)
Média	12 (12,4)
Grande	50 (51,5)
<b>Influência do implante não ser percebido por outras pessoas na sua decisão</b>	
Nenhuma	21 (21,6)
Pequena	8 (8,2)
Média	4 (4,1)
Grande	64 (66)
<b>Importância da opinião do seu parceiro na sua decisão</b>	
Não tenho parceiro	7 (5,9)
Nenhuma	26 (21,8)

Pequena	23 (19,3)
Média	4 (3,4)
Grande	59 (49,6)
<b>Importância da opinião de sua família na sua decisão</b>	
Nenhuma	21 (21,6)
Pequena	3 (3,1)
Média	4 (4,1)
Grande	55 (56,7)
Não sei, não perguntei	14 (14,4)
<b>Depois da inserção, qual é a opinião do seu parceiro</b>	
Não tenho parceiro	7 (7,2)
Não gosta	3 (3,1)
Não opina	0 (0)
Gosta	54 (55,7)
Não sei	33 (34)
<b>Depois da inserção, qual é a opinião de sua família</b>	
Maioria não gosta	2 (2)
Não opina	20 (20,2)
Maioria gosta	57 (57,6)
Não sei, não perguntei	20 (20,2)
<b>Em relação à dor durante inserção</b>	
Não tive dor	71 (73,2)
Leve	20 (20,6)
Moderada	4 (4,1)
Intensa	2 (2,1)
Não lembro	0 (0)
<b>Alteração no dia seguinte a inserção</b>	
Não tive	27 (27,8)
Leve	31 (32)
Moderada	15 (15,5)
Intensa	24 (24,7)
Não lembro	0 (0)
<b>Como se sente em relação à presença do implante no braço</b>	

Não me incomoda	87 (89,7)
Pouco incomoda	8 (8,2)
Moderadamente incomoda	1 (1)
Muito incomoda	1 (1)
<b>Fato de necessitar de um profissional de saúde para retirada</b>	
Não me incomoda	93 (95,9)
Pouco incomoda	3 (3,1)
Moderadamente incomoda	0 (0)
Muito incomoda	1 (1)
<b>Momento de preferência para inserção</b>	
Antes da alta	95 (80,5)
Na consulta puerperal	23 (19,5)

---

## **DISCUSSÃO**

---

## 6. DISCUSSÃO

### 6.1 Aspectos gerais

Este estudo analisou a satisfação e continuidade do uso do implante de etonogestrel por mulheres vulneráveis que tiveram o método inserido no pós-parto imediato em uma maternidade pública do interior de São Paulo. Também descreveu a experiência das mulheres com o uso desses métodos contraceptivos, analisando tanto as variáveis associadas quanto os motivos relacionados à satisfação.

A satisfação relacionada ao método contraceptivo escolhido nesta população foi alta, sendo que a maior parte das mulheres se consideraram “muito satisfeitas”. Em relação a satisfação global, 68% das mulheres relataram estar satisfeitas e 19% totalmente satisfeita, somando-se 87% de satisfação. Os dados são semelhantes ou até superiores aos valores observados em estudos prévios<sup>19,50-52</sup>. Por seu caráter subjetivo, o conceito satisfação é de difícil análise. Ainda que possa haver imprecisões, o questionamento pela pergunta direta parece ser a opção que traduz este sentimento com maior fidedignidade para pesquisas e prática clínica.

Observamos que aproximadamente 10 % das mulheres apresentavam sangramentos de padrão desfavorável. Das 12% de usuárias que se consideraram insatisfeitas ou pouco satisfeitas com o método, o principal motivo referido para a insatisfação foi a presença de sangramento desfavorável em 11% das mulheres, o que também pode ser demonstrado em outros estudos da mesma temática<sup>15,19,51,52,54</sup>. Vale ressaltar que a taxa de mulheres que apresenta sangramento desfavorável é bem pequena, tanto em nossos achados quanto nos dados relatados em estudos da literatura, o que reforça o fato de que a maioria das usuárias de implante de ENG possui padrão favorável de sangramento<sup>12,51,52</sup>. Ainda que, para a maioria das entrevistadas a presença de efeitos colaterais não tenha levado à interrupção do método, mais uma vez a reação aos efeitos negativos causados pelo uso do contraceptivo mostrou ser determinante para a satisfação e adesão ao método, ressaltando a importância da orientação e manejo adequados<sup>8,15,40</sup>. Apenas 1% das entrevistadas se incomodava com o implante no braço e nenhuma paciente desejava gestar novamente no momento da avaliação.

Quanto a continuidade, uma revisão sistemática recente mostrou que as taxas globais de continuidade do uso do implante de ENG variaram entre 57-97% no primeiro ano, 44-95% no final do segundo ano e 25-78% aos 3 anos de uso, quando inseridos fora do período puerperal<sup>55</sup>. Outro estudo, avaliando a inserção no pós parto, mostrou taxas gerais

de continuidade em 3 anos de 66,3% das mulheres<sup>56</sup>. Neste mesmo estudo, entre as adolescentes, as taxas de continuidade foram mais altas, chegando a 94% ao final do terceiro ano<sup>56</sup>. Nossos resultados mostraram altas taxas de continuidade com o implante de ENG inserido no pós parto imediato, sendo que, das mulheres que conseguimos contatos, nenhuma havia removido o dispositivo. Ao final de 12 meses, apenas 7 mulheres (11,3%) demonstravam possível interesse em remover o contraceptivo.

Grande parte da dificuldade de avaliação sequencial das mulheres se deu pelos próprios critérios de inclusão (situações de vulnerabilidade). A maior dificuldade entre os grupos foi obter contato com mulheres em uso de substâncias psicoativas ou sem domicílio definido, dificultando a avaliação frequente e regular com as mesmas. No entanto, entre as mulheres destes grupos em específico que se conseguiu acesso e contato, todas estavam satisfeitas e mantinham o método.

Ao final de um ano observamos que mais da metade das mulheres preferiam este método em relação ao método contraceptivo utilizado anteriormente, o que pode ser explicado pela sensação de segurança contraceptiva, conforme referido por 97% delas. Este dado reforça o fato de que o implante de ENG é uma alternativa de escolha para grande parte das mulheres quando ofertado e disponibilizado de maneira facilitada. Este dado vai de acordo com resultados demonstrados pelo estudo CHOICE, que evidenciou que, quando oferecido de forma clara e com informações adequadas, os LARCs são preferidos por boa parte da população de mulheres no menacme<sup>40</sup>. O fato de o método ser gratuito teve grande influência para 82% das mulheres, o que demonstra que existe necessidade de implementação de políticas públicas para melhorar a oferta e dispensação de todos os métodos contraceptivos de forma facilitada para as mulheres. Assim, nota-se que é imprescindível que exista oferta e disponibilidade de todos os contraceptivos legíveis para que tenhamos uma escolha adequada e assertiva por parte das mulheres

Iniciar o contraceptivo antes da alta hospitalar é uma medida importante para evitar gestações não planejadas, tanto pela praticidade em já se dispensar a paciente da unidade hospitalar com o método de escolha, quanto pela oportunidade de planejamento familiar adequado. Dados da literatura demonstram que cerca de 60% das mulheres não retorna a consulta de orientação puerperal e/ou não inicia método contraceptivo antes de retomar atividade sexual<sup>57</sup>, sendo que 70% das gestações que ocorrem em até 1 ano do parto são não intencionais<sup>58</sup>.

No Brasil, 74% da população depende de atenção médica do SUS, e a prevalência dos métodos LARC é baixa por vários motivos, entre eles questões relacionadas ao custo

para aquisição destes dispositivos pelas mulheres<sup>33</sup>. Os DIUs de levonorgestrel e o implante de ENG não foram incorporados ao SUS e, até onde sabemos, não há planos para incorporação e um futuro próximo<sup>26</sup>. Alguns hospitais universitários, secretarias de saúde municipais e unidades de setores públicos recebem doações ou utilizam recursos próprios para adquirir LARCs, em especial para mulheres vulneráveis. Sabemos que tais medidas refletem em economia financeira, pois evitam gestações não planejadas, que por sua vez custam mais caro aos cofres públicos do que o investimento em contracepção efetiva<sup>21</sup>. Sabendo, portanto, das altas taxas de satisfação e continuidade do implante de ENG inserido no pós parto imediato, podemos inferir que investir em estratégias de oferta deste método no sistema público de saúde pode contribuir sobremaneira para a saúde da população, além de favorecer a economia dos municípios e estados.

Os principais pontos positivos deste estudo foram: o seguimento de 12 meses em uma população de mulheres com critério de vulnerabilidade, abrindo espaço para verificação de queixas e eventos adversos relacionados e as altas taxas de satisfação e continuidade encontradas no seguimento desta população.

Um ponto negativo deste estudo foi a dificuldade de acesso e perda de dados de mulheres . No entanto, este achado se justifica pelos critérios de inclusão no estudo, considerando os próprios critérios de vulnerabilidade adotados. Uma das potencialidades deste estudo é que a satisfação foi analisada da forma tradicional, a partir de uma pergunta direta às mulheres sobre seu nível de satisfação (tendo como opções de resposta muito satisfeita, satisfeita, pouco satisfeita e insatisfeita).

## **6.2 Impacto tecnológico, econômico e social**

Os achados deste projeto têm potencial impacto econômico e social, ao auxiliar como ferramenta de redução das taxas de gestação não planejada, em especial em populações vulneráveis. O custo da inserção do implante de etonogestrel no pós-parto imediato é muito menor do que o custo de uma gravidez, incluindo consultas e exames do pré-natal, parto e puerpério, além de todo impacto na vida de uma família que não planejou a gestação.

## **CONCLUSÕES**

---

## **7. CONCLUSÕES**

As taxas de continuidade e satisfação encontradas com o implante de etonogestrel inseridos no pós parto imediato foram muito elevadas. Desta forma, incentivar e promover maior acesso a este método contraceptivo no puerpério imediato pode ser uma intervenção útil e necessária para prevenir gestações indesejadas em populações vulneráveis.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

---

## Referências Bibliográficas

1. Leite MG, Rodrigues DP, Sousa AAS de, Melo LPT de, Fialho AV de M. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. *Psicologia em Estudo*. 2014;19(1):115-124. doi:10.1590/1413-7372189590011
2. Singh A, Singh A, Mahapatra B. The consequences of unintended pregnancy for maternal and child health in rural India: evidence from prospective data. *Matern Child Health J*. 2013;17(3):493-500. doi:10.1007/s10995-012-1023-x
3. Lindberg L, Maddow-Zimet I, Kost K, Lincoln A. Pregnancy intentions and maternal and child health: an analysis of longitudinal data in Oklahoma. *Matern Child Health J*. 2015;19(5):1087-1096. doi:10.1007/s10995-014-1609-6
4. Abortion Worldwide 2017: Uneven Progress and Unequal Access. Guttmacher Institute. Published February 9, 2018. Accessed May 11, 2020. <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>
5. Silva MCR, Gusmão FAF. OS IMPACTOS DA MATERNIDADE PRECOCE SOBRE O DESEMPENHO ESCOLAR DAS ADOLESCENTES BRASILEIRAS: UMA ANÁLISE DAS PESQUISAS DE 1995 A 2015. *Encontro Internacional de Formação de Professores e Fórum Permanente de Inovação Educacional*. 2017;10(1). Accessed May 11, 2020. <https://45.65.201.106/index.php/enfope/article/view/4796>
6. Raidoo S, Kaneshiro B. Contraception counseling for adolescents. *Curr Opin Obstet Gynecol*. 2017;29(5):310-315. doi:10.1097/GCO.0000000000000390
7. Sorpreso ICE, Soares Júnior JM, Baracat EC. Mulheres com vulnerabilidade sexual: anticoncepção reversível de longa duração pode ser a solução? *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(9):395-396. doi:10.1590/SO100-720320150005456
8. Dehlendorf C, Krajewski C, Borrero S. Contraceptive counseling: best practices to ensure quality communication and enable effective contraceptive use. *Clin Obstet Gynecol*. 2014;57(4):659-673. doi:10.1097/GRF.0000000000000059

9. Brandão ER, Cabral C da S, Brandão ER, Cabral C da S. From unplanned pregnancy to contraception: contributions to the debate. *Cadernos de Saúde Pública*. 2017;33(2). doi:10.1590/0102-311x00211216
10. Brandão KDSAG, Lima BGDC, Travassos AGÁ, et al. Adesão à dupla contracepção entre mulheres infectadas pelo HIV. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2015;37(10):486-491. doi:10.1590/SO100-720320150005347
11. Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med*. 2016;374(9):843-852. doi:10.1056/NEJMsa1506575
12. Guazzelli CAF, de Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, de Araujo FF. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception*. 2010;82(3):256-259. doi:10.1016/j.contraception.2010.02.010
13. Sakamoto LC, Malavasi AL, Karasin AL, Frajzinger RC, Araújo MR de, Gebrim LH. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprodução & Climatério*. 2015;30(3):102-107. doi:10.1016/j.recli.2015.09.005
14. Leal M do C, Gama SGN da. Nascer no Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2014;30:S5-S5. doi:10.1590/0102-311XED01S114
15. Bellizzi S, Mannava P, Nagai M, Sobel HL. Reasons for discontinuation of contraception among women with a current unintended pregnancy in 36 low and middle-income countries. *Contraception*. 2020;101(1):26-33. doi:10.1016/j.contraception.2019.09.006
16. Bahamondes L, Brache V, Meirik O, et al. A 3-year multicentre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. *Hum Reprod*. 2015;30(11):2527-2538. doi:10.1093/humrep/dev221

17. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404. doi:10.1016/j.contraception.2011.01.021
18. Girum T, Wasie A. Return of fertility after discontinuation of contraception: a systematic review and meta-analysis. *Contracept Reprod Med*. 2018;3:9. doi:10.1186/s40834-018-0064-y
19. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, et al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol*. 2011;117(5):1105-1113. doi:10.1097/AOG.0b013e31821188ad
20. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). *Long-Acting Reversible Contraception: The Effective and Appropriate Use of Long-Acting Reversible Contraception*. RCOG Press; 2005. Accessed January 23, 2024. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51051/>
21. Mavranzouli I, LARC Guideline Development Group. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline. *Hum Reprod*. 2008;23(6):1338-1345. doi:10.1093/humrep/den091
22. Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update*. 2015;21(5):640-651. doi:10.1093/humupd/dmv023
23. Vieira CS. Long-Acting Reversible Contraceptives: An Important Approach to Reduce Unintended Pregnancies. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2016;38(5):207-209. doi:10.1055/s-0036-1583761
24. Whitehouse Station, NJ. Nexplanon (etonogestrel implant) prescribing information (revised: October 2020). Merck & Co., Inc.,. Accessed January 24, 2020. [https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda\\_docs/label/2020/021529s019s020lbl.pdf](https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2020/021529s019s020lbl.pdf)

25. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006 – CEBRAP. Accessed May 9, 2020.  
<https://cebrap.org.br/pesquisas/pesquisa-nacional-de-demografia-e-saude-da-crianca-e-da-mulher-pnds-2006/>
26. Ministerio da Saude, Brasil. Secretaria da Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS - CONITEC.2015.
27. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis. *Lancet*. 2013;381(9878):1642-1652. doi:10.1016/S0140-6736(12)62204-1
28. Sedgh G, Ashford LS, Hussain R. Unmet Need for Contraception in Developing Countries: Examining Women’s Reasons for Not Using a Method. Published online June 21, 2016. Accessed January 18, 2024.  
<https://www.guttmacher.org/report/unmet-need-for-contraception-in-developing-countries>
29. Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med*. 2012;366(21):1998-2007.  
doi:10.1056/NEJMoa1110855
30. Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015;126(4):e44-48. doi:10.1097/AOG.0000000000001106
31. Ferreira JM, Nunes FR, Modesto W, Gonçalves MP, Bahamondes L. Reasons for Brazilian women to switch from different contraceptives to long-acting reversible contraceptives. *Contraception*. 2014;89(1):17-21.  
doi:10.1016/j.contraception.2013.09.012

32. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I. Barriers to Implementing and Consolidating a Family Planning Program that would meet Brazilian Needs. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2017;39(8):373-375. doi:10.1055/s-0037-1604423
33. Ponce de Leon RG, Ewerling F, Serruya SJ, et al. Contraceptive use in Latin America and the Caribbean with a focus on long-acting reversible contraceptives: prevalence and inequalities in 23 countries. *Lancet Glob Health*. 2019;7(2):e227-e235. doi:10.1016/S2214-109X(18)30481-9
34. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen PL, Hart C. Rationale and enrollment results for a partially randomized patient preference trial to compare continuation rates of short-acting and long-acting reversible contraception. *Contraception*. 2015;91(3):185-192. doi:10.1016/j.contraception.2014.11.006
35. da Silva-Filho AL, Lira J, Rocha ALL, Carneiro MM. Barriers and myths that limit the use of intrauterine contraception in nulliparous women: a survey of Brazilian gynaecologists. *Postgrad Med J*. 2017;93(1101):376-381. doi:10.1136/postgradmedj-2016-134247
36. Parks C, Peipert JF. Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). *Am J Obstet Gynecol*. 2016;214(6):681-688. doi:10.1016/j.ajog.2016.02.017
37. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. 5th ed. World Health Organization; 2015. Accessed October 9, 2018. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK321151/>
38. Secura GM, Madden T, McNicholas C, et al. Provision of no-cost, long-acting contraception and teenage pregnancy. *N Engl J Med*. 2014;371(14):1316-1323. doi:10.1056/NEJMoa1400506

39. Cohen R, Sheeder J, Kane M, Teal SB. Factors Associated With Contraceptive Method Choice and Initiation in Adolescents and Young Women. *J Adolesc Health*. 2017;61(4):454-460. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.008
40. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203(2):115.e1-7. doi:10.1016/j.ajog.2010.04.017
41. Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception*. 2011;84(5):493-498. doi:10.1016/j.contraception.2011.03.001
42. Blumenthal PD, Gemzell-Danielsson K, Marintcheva-Petrova M. Tolerability and clinical safety of Implanon. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13 Suppl 1:29-36. doi:10.1080/13625180801960012
43. Floyd S. Postpartum Contraception Options. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2020;47(3):463-475. doi:10.1016/j.ogc.2020.04.007
44. Le HH, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu HX. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health*. 2014;6:663-670. doi:10.2147/IJWH.S61543
45. Kozuki N, Lee AC, Silveira MF, et al. The associations of parity and maternal age with small-for-gestational-age, preterm, and neonatal and infant mortality: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2013;13(3):S2. doi:10.1186/1471-2458-13-S3-S2
46. DeFranco EA, Seske LM, Greenberg JM, Muglia LJ. Influence of interpregnancy interval on neonatal morbidity. *Am J Obstet Gynecol*. 2015;212(3):386.e1-9. doi:10.1016/j.ajog.2014.11.017

47. Shree R, Caughey AB, Chandrasekaran S. Short interpregnancy interval increases the risk of preterm premature rupture of membranes and early delivery. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2018;31(22):3014-3020. doi:10.1080/14767058.2017.1362384
48. Hanley GE, Hutcheon JA, Kinniburgh BA, Lee L. Interpregnancy Interval and Adverse Pregnancy Outcomes: An Analysis of Successive Pregnancies. *Obstet Gynecol.* 2017;129(3):408-415. doi:10.1097/AOG.0000000000001891
49. Mignini LE, Carroli G, Betran AP, et al. Interpregnancy interval and perinatal outcomes across Latin America from 1990 to 2009: a large multi-country study. *BJOG.* 2016;123(5):730-737. doi:10.1111/1471-0528.13625
50. 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 (LARC) when offered at no cost in Campinas, Brazil. *Contraception.* Published online January 7, 2024:110363. doi:10.1016/j.contraception.2024.110363
51. Wahab NA, Rahman NAA, Mustafa KB, Awang M, Sidek AA, Ros RM. A clinical evaluation of bleeding patterns, adverse effects, and satisfaction with the subdermal etonogestrel implant among postpartum and non-postpartum users. *Int J Gynaecol Obstet.* 2016;132(2):237-238. doi:10.1016/j.ijgo.2015.07.022
52. Vieira CS, de Nadai MN, de Melo Pereira do Carmo LS, et al. Timing of postpartum etonogestrel-releasing implant insertion and bleeding patterns, weight change, 12-month continuation and satisfaction rates: a randomized controlled trial. *Contraception.* 2019;100(4):258-263. doi:10.1016/j.contraception.2019.05.007
53. Dickerson LM, Diaz VA, Jordon J, et al. Satisfaction, early removal, and side effects associated with long-acting reversible contraception. *Fam Med.* 2013;45(10):701-707.

54. Rossier C, Bradley SEK, Ross J, Winfrey W. Reassessing Unmet Need for Family Planning in the Postpartum Period. *Stud Fam Plann.* 2015;46(4):355-367. doi:10.1111/j.1728-4465.2015.00037.x

55. Potter JE, Coleman-Minahan K, White K, et al. Contraception After Delivery Among Publicly Insured Women in Texas: Use Compared With Preference. *Obstet Gynecol.* 2017;130(2):393-402. doi:10.1097/AOG.0000000000002136

## **ANEXOS**

---

## **Anexos**

### **Anexo 1: Questionário de satisfação, aceitabilidade e continuidade**

Questionário de satisfação e aceitabilidade clínica

#### **Questionário I (3 meses)**

**Número da paciente no projeto:** \_\_\_\_\_

**Data da inserção do Implante de etonogestrel:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data do questionário:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Você continua utilizando o Implanon?

( ) Sim

( ) Não  Motivo da remoção: \_\_\_\_\_

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( ) Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

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

( ) Sim

( ) Não

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

( ) Sim

( ) Não

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

Nenhuma

Pequena

Média

Grande

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

Nenhuma

Pequena

Média

Grande

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

Nenhuma

Pequena

Média

Grande

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

Nenhuma

Pequena

Média

Grande

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

Nenhuma

Pequena

Média

Grande

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

Nenhuma

Pequena

Média

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

Não tenho parceiro

Nenhuma

Pequena

Média

Grande

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

Nenhuma

Pequena

Média

Grande

Não sei ou não perguntei

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

Não tenho parceiro

Ele não gosta do implante

Ele não opina sobre o implante

Ele gosta do implante

Não sei ou não perguntei

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

A maioria da minha família não gosta do implante

Minha família não opina sobre o implante

A maioria da minha família gosta do implante

Não sei ou não perguntei

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

Não tive dor

Leve

Moderada

Intensa

Não me lembro

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

Não tive alterações locais

Foram leves

Foram moderadas

Foram intensas

Não me lembro

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

a.  Não me incomoda

b.  Pouco incomodada

c.  Moderadamente incomodada

d.  Muito incomodada

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

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

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

- Não estava usando nenhum anticoncepcional
- Muito insatisfeita
- Insatisfeita
- Indiferente
- Satisfeita
- Muito satisfeita

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

- Não
- Talvez
- Sim

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

- Não
- Talvez
- Sim

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

- Muito insegura
- Insegura

Indiferente /neutra

Segura

Muito segura

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

antes da alta hospitalar, conforme foi realizado

na consulta de puerpério em cerca de 40 dias após o parto

24. Você está amamentando?

sim, amamentação exclusiva

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

não

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

não menstruei desde a inserção

menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

estou sangrando continuamente desde a inserção

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

Muito insatisfeita

Insatisfeita

Indiferente /neutra

Satisfeita

Muito satisfeita

27. Você deseja remover o Implanon?

( ) Sim

( ) Não  Motivo: \_\_\_\_\_

**Questionário II (6 meses)**

**Número da paciente no projeto:** \_\_\_\_\_

**Data da inserção do Implante de etonogestrel:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data do questionário:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Você continua utilizando o Implanon?

( ) Sim

( ) Não  Motivo da remoção: \_\_\_\_\_

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

( ) Desejo ter outro filho neste momento

( ) Não quero ter mais filhos

( ) Quero ter mais filhos no futuro

( ) Não sei ou não perguntei

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

a. ( ) Não me incomoda

b. ( ) Pouco incomodada

c. ( ) Moderadamente incomodada

d. ( ) Muito incomodada

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

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

Indiferente

Satisfeita

Muito satisfeita

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

Não

Talvez

Sim

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

Muito insegura

Insegura

Indiferente /neutra

Segura

Muito segura

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

Muito insatisfeita

Insatisfeita

Indiferente /neutra

Satisfeita

Muito satisfeita

8. Você está amamentando?

sim, amamentação exclusiva

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

não

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

- ( ) não menstruei desde a inserção
- ( ) menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção
- ( ) menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção
- ( ) menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção
- ( ) estou sangrando continuamente desde a inserção

10. Você deseja remover o Implanon?

- ( ) Sim
- ( ) Não  Motivo: \_\_\_\_\_

### **Questionário III (12 meses)**

**Número da paciente no projeto:** \_\_\_\_\_

**Data da inserção do Implante de etonogestrel:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Data do questionário:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Você continua utilizando o Implanon?

- ( ) Sim
- ( ) Não  Motivo da remoção: \_\_\_\_\_

2. Quanto ao desejo de ter filhos, você:

- ( ) Desejo ter outro filho neste momento
- ( ) Não quero ter mais filhos
- ( ) Quero ter mais filhos no futuro
- ( ) Não sei ou não perguntei

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

- a. ( ) Não me incomoda
- b. ( ) Pouco incomodada

c. ( ) Moderadamente incomodada

d. ( ) Muito incomodada

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

( ) Não estava usando nenhum anticoncepcional

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente

( ) Satisfeita

( ) Muito satisfeita

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

( ) Não

( ) Talvez

( ) Sim

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

( ) Muito insegura

( ) Insegura

( ) Indiferente /neutra

( ) Segura

( ) Muito segura

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

( ) Muito insatisfeita

( ) Insatisfeita

( ) Indiferente /neutra

Satisfeita

Muito satisfeita

8. Você está amamentando?

sim, amamentação exclusiva

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

não

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

não menstruei desde a inserção

menstruei menos de 1x ao mês desde a inserção

menstruei cerca de 1x ao mês desde a inserção

menstruei mais de 1x ao mês desde a inserção

estou sangrando continuamente desde a inserção

10. Você deseja remover o Implanon?

Sim

Não  Motivo: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

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

Eu, paciente \_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ portadora do documento de identidade nº \_\_\_\_\_, inscrita no CPF nº \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_ anos, telefone (\_\_\_\_)\_\_\_\_\_.

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

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

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

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

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

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

Bauru, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

**Assinatura paciente/responsável**

**PREENCHIMENTO DO MÉDICO**

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

Médico: \_\_\_\_\_ CRM: \_\_\_\_\_

**Assinatura e carimbo do médico**

Anexo 3: Avaliação social da paciente

<b>CONTRACEPÇÃO – PÓS PARTO IMEDIATO</b>	
<b>FICHA DE INCLUSÃO DE PACIENTE</b>	
<b>Critérios de inclusão prioritária:</b>	
<input type="checkbox"/> Situação de rua; <input type="checkbox"/> Usuárias de substâncias psicoativas; <input type="checkbox"/> múltiparas	
<input type="checkbox"/> mulheres em situação de vulnerabilidade social e/ou risco social; <input type="checkbox"/> Adolescentes entre 14 e 17 anos e 11 meses e 29 dias; <input type="checkbox"/> Soropositivas para HIV; <input type="checkbox"/> mulheres que apresentem algum tipo de transtorno mental;	
<input type="checkbox"/> Contraindicação absoluta a outros MAC;	
<b>ENTREVISTA SOCIAL</b>	
Nome: _____	Tel: ( _____ ) _____
Registro Hospitalar: _____	Data do preenchimento da ficha: _____/_____/_____
Data de nascimento: _____/_____/_____	Idade da paciente: _____ anos
Cor / Raça: <input type="checkbox"/> branca <input type="checkbox"/> amarela <input type="checkbox"/> parda <input type="checkbox"/> preta <input type="checkbox"/> indígena	

<p><b>Estado civil:</b> ( ) casada ( ) união estável ( ) solteira ( ) viúva ( ) divorciada</p>
<p><b>Escolaridade:</b> ( ) analfabeta ( ) 1º grau completo ( ) 1º grau incompleto ( ) 2º grau completo</p> <p>( ) 2º grau incompleto ( ) superior incompleto ( ) superior completo</p>
<p><b>Situação profissional:</b> ( ) desempregada ( ) emprego formal ( ) emprego informal</p> <p><b>Renda familiar mensal:</b> _____ <b>Nº pessoas na casa:</b> _____</p> <p><b>Recebe algum tipo de Benefício Social :</b> ( ) não ( ) sim. <b>Qual?:</b></p> <p>_____</p>
<p><b>Paridade: nº de gestações</b> _____</p> <p><b>Partos:</b> cesárea _____ normal _____ fórceps _____ abortos _____ natimorto _____ falecidos _____</p> <p><b>Parto atual:</b> ( ) normal/vaginal. ( ) cesárea</p> <p><b>Realizou assistência pré-natal?</b> ( ) não ( ) sim - nº consultas _____</p> <p>local: _____</p> <p><b>Data e hora do parto:</b> _____ / _____ / _____ às _____ hs</p> <p><b>Dados do RN:</b> ( ) feminino ( ) masculino - peso _____ estatura _____</p> <p>apgar _____</p> <p><b>Patologias na gestação:</b> ( ) não ( ) sim</p> <p>Qual? _____</p> <p><b>Utilizou alguma dessas substâncias durante a gestação?</b> ( ) não ( ) sim</p> <p>( ) Álcool ( ) Tabaco (cigarro) ( ) Maconha ( ) Cocaína ( ) Crack ( ) Outra: _____</p> <p><b>Já foi orientada por algum profissional de saúde sobre a utilização de métodos contraceptivos antes da gestação?</b> ( ) não ( ) sim :</p> <p>Quais métodos? ( ) DIU ( ) implante subdérmico ( ) métodos orais ( ) injetáveis ( ) laqueadura ( )</p> <p><b>Preenche critérios de inclusão</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p><b>Tem algum critério de exclusão</b> ( ) Sim ( ) Não</p> <p>Qual?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Data, assinatura e carimbo do profissional responsável pela entrevista social:</p>