

3

SÉRIE ORIENTAÇÕES
E RECOMENDAÇÕES
FEBRASGO.

Nº 1 - VOLUME 3 - NOVEMBRO 2016



**CONTRACEPÇÃO
REVERSÍVEL
DE LONGA AÇÃO.**

Apresentação

Pesquisas realizadas em 2014, em 266 hospitais públicos e particulares localizados em diversas regiões do Brasil (capitais e cidades do interior) com quase 24 mil mulheres no período pós-parto, apontaram que o número total de gravidezes não planejadas no Brasil atinge 55,4% das parturientes. Entre adolescentes os números são mais alarmantes: 60 a 83,7% das 1^{as} gestações não foram planejadas.

A estimativa de gravidezes não planejadas ao ano no Brasil é de 1,8 milhão, que resultam em 1,58 milhão de nascimentos; 159.151 abortamentos espontâneos e 48.769 abortamentos induzidos. Cerca de R\$ 2.293,00 é o custo aproximado do governo com uma gestação não planejada. Esse valor considera apenas gastos com assistência hospitalar relacionados ao parto, nascimento e complicações. O valor não considera gastos de saúde ambulatoriais como por exemplo consultas de rotina, vacinação e medicamentos, nem outros encargos públicos sociais.

Mais grave é quando se constata que dentro destas estatísticas está incluído um grande contingente de mulheres em situação de vulnerabilidade como moradores de ruas, usuários de drogas e outros.

Há um problema adicional para nosso país quando passamos a viver, desde o ano de 2015, em “tempos de Zika”. O verão se aproxima e com a temporada de chuvas o *Aedes aegypt* retoma a sua rotina anual de espalhar suas viroses, agora com o agravante dos, recém descritos, efeitos nefastos do vírus da Zika sobre o feto.

Assim, é de extrema importância que todas as opções de métodos contraceptivos sejam bem conhecidas e adequadamente utilizadas, pois o importante sempre é utilizar métodos seguros e eficazes para prevenir uma gravidez não planejada.

A FEBRASGO, através de sua Comissão Nacional Especializada de Anticoncepção preparou este documento sobre os **Métodos Contraceptivos de Longa Duração** (conhecidos por LARCs) que oferece uma série de informações técnicas sobre os métodos disponíveis, assim como as Diretrizes propostas para sua utilização. Hoje a tendência mundial é do uso cada vez mais intensivo destes métodos contraceptivos, porém esta alternativa ainda é pouco difundida em nosso país.

Esperamos que o texto possa ser útil aos Ginecologistas e Obstetras para orientação de suas pacientes e sua aplicação no dia a dia de seus consultórios.



Prof. Dr. Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico



Prof. Dr. César Eduardo Fernandes
Presidente



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

DIRETORIA DA FEBRASGO 2016 / 2019

César Eduardo Fernandes
Presidente

Marcelo Burlá
Diretor Administrativo

Corintio Mariani Neto
Diretor Financeiro

Marcos Felipe Silva de Sá
Diretor Científico

Juvenal Barreto B. de Andrade
*Diretor de Defesa e Valorização
Profissional*

Alex Bortotto Garcia
Vice-Presidente
Região Centro-Oeste

Flavio Lucio Pontes Ibiapina
Vice-Presidente
Região Nordeste

Hilka Flávia Barra do E. Santo
Vice-Presidente
Região Norte

Aginaldo Lopes da Silva Filho
Vice-Presidente
Região Sudeste

Maria Celeste Osório Wender
Vice-Presidente
Região Sul

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Contraceção reversível de longa ação. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2016.

Série orientações e recomendações FEBRASGO. v. 3, n.1, nov. 2016.

1.Anticoncepção 2.Anticoncepcionais 3.Dispositivos anticoncepcionais 4.Dispositivos intrauterinos 5.Progestógenos

ISSN 2525-6416

NLM WP630



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO

Editores

César Eduardo Fernandes (SP)

Marcos Felipe Silva de Sá (SP)

Autores Convidados

Rogério Bonassi Machado¹

Ilza Maria Urbano Monteiro²

Jarbas Magalhães³

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli⁴

Milena Bastos Brito⁵

Marta Franco Finotti⁶

Jaqueline Neves Lubianca⁷

Luis Carlos Sakamoto⁸

Silvio Antonio Franceschini⁹

- 1.** Professor Adjunto do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Medicina de Jundiaí – SP. Doutor em Ginecologia pela Escola Paulista de Medicina.
- 2.** Professora Associada Livre Docente do Departamento de Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).
- 3.** Doutor em Medicina pela UNICAMP. Diretor do Centro Personna de Ginecologia e Saúde da Mulher de Mogi Mirim – SP. Vice-Presidente da SOGESP (Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Estado de São Paulo).
- 4.** Professora Associada Livre Docente do Departamento de Obstetrícia da Escola Paulista de Medicina (UNIFESP).
- 5.** Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e da Universidade Federal da Bahia. Mestre e Doutora em Ginecologia e Obstetrícia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
- 6.** Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Goiás. Doutora em Ginecologia pela Universidade Federal de Goiás.
- 7.** Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Mestre e Doutora em Medicina pela UFRGS.
- 8.** Doutor em Ginecologia pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médico Assistente do Centro de Referência da Saúde da Mulher (Hospital Pérola Byington) de São Paulo.
- 9.** Doutor em Ginecologia pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – SP. Médico do Centro de Contracepção do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP - USP.



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA ANTICONCEPÇÃO

Presidente

Rogério Bonassi Machado

Vice-Presidente

Ilza Maria Urbano Monteiro

Secretário

Jarbas Magalhães

Membros

Carlos Alberto Politano

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli

Dalton Ferreira

Jaqueline Neves Lubianca

Maria Auxiliadora Budib

Marta Curado Carvalho Franco Finotti

Milena Bastos Brito

Sheldon Rodrigo Botogoski

Sílvio Antônio Franceschini

Tereza Maria Pereira Fontes

Zsuzsanna Ilona Katalin Jármy Di Bella

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO - PREVALÊNCIA E IMPACTO SOCIAL-MÉDICO DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA...	12
2. MÉTODOS.....	14
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO. PRINCÍPIOS DA CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO.....	15
3.1. EFICÁCIA	15
3.2. INDICAÇÕES	15
3.3. ACEITAÇÃO E CONTINUIDADE.....	17
4. ACONSELHAMENTO E BARREIRAS PARA O ACESSO AOS MÉTODOS DE LONGO PRAZO.....	19
5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INDICAÇÕES E MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS COM OS MÉTODOS REVERSÍVEIS DE LONGA AÇÃO.....	22
5.1. SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL.....	22
5.2. MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS.....	23
5.3. SIU-LNG E INFECÇÕES.....	24
5.4. SIU-LNG E PERFURAÇÕES.....	25
5.5. SIU-LNG E GRAVIDEZ ECTÓPICA.....	26
5.6. SIU-LNG E GRAVIDEZ TÓPICA.....	26
5.7. SIU-LNG E ACNE.....	27
6. DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE.....	28
6.1. INSERÇÃO DO DIU COM COBRE.....	28
6.2. MEDICAÇÕES PARA FACILITAR A INSERÇÃO DO DIU.....	29
6.3. ACEITABILIDADE DO DIU TCU-380.....	29
6.4. DIU E DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP).....	30
6.5. SANGRAMENTO IRREGULAR COM DIU COM COBRE.....	30
7. IMPLANTE DE ETONOGESTREL.....	31
7.1. MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS E EVENTOS ADVERSOS.....	31
7.2. COMO MANEJAR O SANGRAMENTO IRREGULAR?.....	35
8. SITUAÇÕES ESPECIAIS PARA USO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGO PRAZO.....	36
8.1. ADOLESCENTES E NULIGESTAS.....	36
9. PÓS-PARTO IMEDIATO E PÓS-ABORTO.....	39
10. DROGADIÇÃO.....	40
11. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS PARA O PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DE MÉTODOS DE LONGO PRAZO EM ADOLESCENTES.....	42
12. CONCLUSÃO.....	44
13. RECOMENDAÇÕES.....	45
14. REFERÊNCIAS.....	46

RESUMO

A gravidez não planejada representa importante problema de saúde pública em países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento. Embora a redução das taxas dessas gestações requeira abordagens multifatoriais, o aumento no acesso aos métodos contraceptivos de longa ação pode contribuir de forma expressiva na mudança desse cenário. No Brasil, os ginecologistas e obstetras têm papel fundamental no aconselhamento contraceptivo, sendo decisivos na escolha dos métodos de reversíveis de longa ação, caracterizados pelos dispositivos intrauterinos e pelo implante anticoncepcional. A grande abrangência decorrente do menor número de situações que contra indicam os métodos de longa ação deve ser enfatizada no aconselhamento contraceptivo de rotina. Por outro lado, os ginecologistas e obstetras devem se adaptar às técnicas de inserção dos métodos de longa ação, bem como engajarem-se na facilitação de condições para o acesso a esses contraceptivos por meio do sistema de saúde pública e privada em nosso país. Este estudo, denominado Protocolo FEBRASGO, tem por objetivo revisar as principais características dos contraceptivos de longa ação, além de considerar de forma crítica o panorama atual e as perspectivas futuras visando melhorar o acesso a esses métodos, com recomendações práticas de interesse na rotina do ginecologista e obstetra.

Palavras-chave: Anticoncepção; Anticoncepcionais; Dispositivos anticoncepcionais; Dispositivos intrauterinos; Progestógenos.

ABSTRACT

Unwanted pregnancy is a major public health problem both in developed countries as well as in developing countries. Although the reduction in the rates of these pregnancies requires multifactorial approaches, increasing access to long-acting contraceptive methods can contribute significantly in changing this scenario. In Brazil, gynecologists and obstetricians play a key role in contraceptive counseling, being decisive in the choice of reversible methods of long-acting, characterized by IUDs and the contraceptive implant. The vast scope due to the lower number of situations to indicate long-acting methods should be emphasized in routine contraceptive counseling. On the other hand, gynecologists and obstetricians should adapt the techniques of insertion of long-acting methods, and get engaged in facilitating conditions for access to these contraceptives through public and private health system in our country. This study, called Protocolo FEBRASGO aims to review the main characteristics of long-acting contraceptives and in addition to critically considering the current situation and future prospects in order to improve access to these methods, proposing practical recommendation of interest in gynecologists' and obstetricians' routine'.

Key words: Contraception; Contraceptive agents; Contraceptive devices; Intrauterine devices; Progestins.

1. INTRODUÇÃO



PREVALÊNCIA E IMPACTO SOCIAL-MÉDICO DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

A gravidez não planejada atinge grande número de mulheres no mundo e em nosso país. Levantamentos têm observado taxa média de gravidez mundial de 133 para 1000 mulheres entre 15 a 44 anos, mas cerca de 40% delas, 53 para 1000 mulheres, não foram planejadas.⁽¹⁾ As maiores incidências estão na América Latina, Caribe e África, atingindo valores acima de 60% das gestações.⁽¹⁾

Mais de duzentos milhões de mulheres que vivem em países em desenvolvimento desejam evitar a gravidez, mas infelizmente não fazem uso de nenhum método contraceptivo.⁽²⁾

No Brasil, em 2006, dados da Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher mostraram que apenas 54% das mulheres haviam planejado sua gravidez e que em 18% das vezes a gestação era indesejada.⁽³⁾ Mais recentemente, observou-se que 55,4% das gestantes brasileiras não queriam estar grávidas naquele momento.⁽⁴⁾

Gravidez não planejada é definida como aquela que é inoportuna ou indesejada no momento da concepção.⁽¹⁾ Tem importância seu conhecimento, pois pode resultar em efeitos adversos, tanto para a mãe como para o feto.⁽⁵⁾ Estes dados podem auxiliar principalmente os países em desenvolvimento, onde a morbimortalidade materna é maior.

Alguns estudos tiveram como resultado, apesar da dificuldade de estabelecer relações causais, que a gravidez não planejada está associada com repercussões negativas tanto na esfera da saúde materno-fetal, como na econômica e social.⁽⁵⁾ Essas gestações são consideradas de risco, pois frequentemente estão associadas a algum tipo de hábito ou intercorrência obstétrica.⁽⁶⁾ As alterações mais observadas são a não realização adequada ou o início tardio do pré-natal, a não diminuição ou interrupção do consumo do fumo/álcool, o aumento da incidência de abortamento, a prematuridade, o baixo peso no recém-nascido e a menor chance de aleitamento.⁽⁶⁾

Estudos têm demonstrado, em mulheres após gravidez não planejada, principalmente naquelas em que o casal já tinha o número de filhos desejado, uma forte associação de alteração ou má qualidade de saúde mental.⁽⁷⁾

A prevalência de doenças psiquiátricas, como a depressão, é duas vezes maior entre mulheres que não planejaram sua gestação do que entre as que planejaram.⁽⁷⁾

Estudos sugerem que a gravidez não planejada reduz as oportunidades de educação e trabalho, contribuindo para a redução do crescimento socio-econômico e, conseqüentemente, para o agravamento das desigualdades sociais. Este tema é considerado um dos grandes desafios para o sistema de saúde pública, por ser responsável por um significativo custo financeiro e social para a sociedade.⁽⁵⁾

A gravidez não planejada pode ser reduzida por meio de programas de melhoria de qualidade de vida, sendo os mais eficazes e com os melhores resultados os sócios-econômicos, aqueles que atuam na formação do indivíduo e na sua educação. Também há necessidade de se implementar medidas preventivas, como promover informação sobre saúde, melhorar e adequar os sistemas de atenção e ampliar as técnicas destinadas ao acompanhamento e tratamento da mulher. A prevenção por meio de métodos contraceptivos, é uma forma eficaz que pode trazer bons resultados. Uma das principais causas de gravidez não planejada é a necessidade não atendida de anticoncepção. Tanto a falta de métodos contraceptivos como a existência de poucas opções e o uso incorreto propiciam a gravidez não planejada. Desta forma, o método escolhido, a frequência e o tipo de uso ao longo do tempo podem reduzir este risco. Entre as opções de anticoncepção, as de longa duração são as principais intervenções para a redução de gravidez não planejada, principalmente nos grupos de risco, devido à sua alta eficácia.

Os contraceptivos reversíveis de longa ação, conhecidos como LARC (*Long Acting Reversible Contraceptive*), são definidos como aqueles que apresentam duração contraceptiva igual ou superior a três anos, representados pelos dispositivos intrauterinos (DIU de cobre e sistema intrauterino de levonorgestrel) e pelo implante contraceptivo.⁽⁸⁾

2. MÉTODOS



Esse Protocolo consiste na revisão da literatura com o objetivo de oferecer conhecimento teórico e prático sobre os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração. Os tópicos selecionados relacionam-se à eficácia, segurança, aspectos ético-legais e aplicabilidade prática.

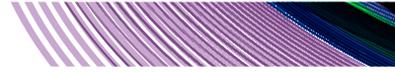
A base de dados utilizada foi a do PubMed, utilizando-se a ferramenta Medical Subject Headings (MeSH), que sugeriu treatment outcome para contraceptivos, contraceptive agents, female ou contraceptive agents, female (pharmacological action). Outros termos relacionados incluíram intrauterine devices ou intrauterine devices, medicated e 3-keto-desogestrel (supplementary concept). A palavra-chave genérica long acting reversible contraceptive foi também utilizada.

A legislação brasileira também foi consultada, incluindo o Código Civil e o Estatuto da Criança e Adolescente, bem como resoluções governamentais e de sociedades de especialidades foram verificadas por levantamento bibliográfico ou citações na internet.

Foram incluídos todos os estudos relevantes publicados até o mês de outubro do ano de 2016. Também foram usadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados. A categorização dos trabalhos citados seguiu a classificação da Associação Médica Brasileira (AMB), quanto ao Grau de Recomendação: (A) estudos observacionais ou experimentais de melhor consistência (metanálises ou ensaios clínicos randomizados); (B) estudos observacionais ou experimentais de menor consistência (outros ensaios clínicos não-randomizados ou estudos observacionais ou estudos caso-controle); (C) relatos ou séries de casos (estudos não-controlados); (D) opinião desprovida de avaliação crítica, baseada em consensos, estudos fisiológicos ou modelos animais.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

PRINCÍPIOS DA CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO



3.1. EFICÁCIA

Em comparação aos métodos de curta ação, os LARCs são superiores em termos de eficácia, propiciando taxas de gravidez de menos de 1% ao ano em uso perfeito e em uso típico (A).⁽⁸⁾ Uma das principais vantagens dos LARCs em relação aos contraceptivos reversíveis de curta duração é a manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária. Os LARCs independem da ação do médico ou da usuária para manter sua eficácia e apresentam as mais altas taxas de satisfação e continuidade de uso entre todos os contraceptivos reversíveis.

O implante contraceptivo de etonogestrel, único disponível no Brasil, apresenta taxa de falha de 0,05%, com duração de 3 anos (A).⁽⁹⁾ O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é bastante eficaz como contraceptivo, com taxa de falha variando entre 0,6% e 0,8% no primeiro ano de uso e possui ação por até 10 anos (A).⁽⁹⁾ Estudos recentes confirmam a alta eficácia do sistema intrauterino de levonorgestrel (SIU-LNG), que tem sido associado a taxas de gravidez que variaram de 0% a 0,6% mulheres/ano (D).⁽¹⁰⁾

3.2. INDICAÇÕES

Os LARCs são recomendados para todas as mulheres que desejam contracepção eficaz, incluindo adolescentes, nuligestas, no pós-parto ou pós-aborto e em comorbidades que possam caracterizar contra-indicações aos métodos contendo estrogênios (D).⁽¹¹⁾ Dessa forma, a grande abrangência dos LARCs pode ser atestada pelo pequeno número de contra-indicações desses métodos. A figura 1 demonstra tanto as condições em que se recomenda como as que não se recomendam os contraceptivos reversíveis de longa ação, de forma discriminada (D).⁽¹²⁾

FIGURA 1

Condições clínicas representadas por categorias dos Critérios de Elegibilidade Médica para o Uso dos Anticoncepcionais.⁽¹²⁾

Categoria 1: o método pode ser usado sem restrições.

Categoria 2: o método pode ser usado. Benefícios superam riscos.

Categoria 3: o método não deve ser usado. Caso seja usado, deve ser método de última escolha, com acompanhamento rigoroso.

Categoria 4: o método não deve ser usado. Risco inaceitável.

CATEGORIAS



	SIU-LNG	DIU	IMPLANTE
48 hs - 4 semanas pós-parto	•	•	•
LES com Ac. Antifosfolípide (+)	•	•	•
TEV agudo, IAM, AVC e enxaqueca com aura durante o uso	•	•	•
Câncer de mama sem evidências de doença ativa por 5 anos	•	•	•
Adenoma hepatocelular e hepatoma	•	•	•
Gravidez	•	•	•
Sangramento vaginal inexplicado	•	•	•
NTG - BHCG estável/diminuindo	•	•	•
NTG - BHCG elevado/malignidade	•	•	•
Imediatamente após aborto séptico	•	•	•
Câncer do colo	•	•	•
Câncer de mama atual	•	•	•
Mioma com distorção cavidade, anormalidades anatómicas, DIP atual, TB pélvica	•	•	•

3.3. ACEITAÇÃO E CONTINUIDADE

Os métodos contraceptivos reversíveis de longa duração (LARCs) mantêm sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária, diferente dos métodos contraceptivos reversíveis de curta duração que dependem do uso correto para atingirem uma alta eficácia. Devido à sua típica facilidade de uso, os LARCs ganharam o apelido “pegue-o e esqueça-o” (B).⁽¹³⁾

Os especialistas em contracepção acreditavam que as altas taxas de gestações não planejadas poderiam ser reduzidas com a ampliação do acesso aos LARCs (D).⁽¹⁴⁾ Para tanto, conduziu-se o Projeto CHOICE de contracepção, uma coorte prospectiva que quebrou a principal barreira de uso dos LARCs: o custo. O objetivo do Projeto CHOICE foi avaliar as taxas de satisfação e continuidade entre todos os métodos contraceptivos reversíveis, incluindo os LARCs (B).⁽¹⁵⁾

Os resultados do CHOICE foram coincidentes com o pensamento dos especialistas: as taxas de continuidade e satisfação foram maiores entre as usuárias de LARCs (em todas as faixas etárias), quando comparadas às dos métodos contraceptivos de curta duração (86,2% *versus* 54,7% e 83,7% *versus* 52,7%, respectivamente). É importante observar que a maioria das participantes do Projeto CHOICE tinha baixa renda e elevado risco para gestações não planejadas, 41,8% das participantes do estudo já haviam praticado, pelo menos, um aborto (B).⁽¹⁵⁾ Vale ressaltar, também, que a taxa de descontinuidade global foi maior entre as adolescentes (14-19 anos de idade) comparada às mulheres adultas (> 25 anos de idade). Além disso, dois terços das adolescentes usuárias dos LARCs continuaram com seu método, enquanto apenas um terço das usuárias dos métodos de curta duração continuou com seu método, durante dois anos. As adolescentes do estudo CHOICE apresentaram menor taxa de satisfação com os métodos de curta duração do que as mulheres adultas. Porém, as taxas de satisfação entre as usuárias de LARCs foram elevadas e similares entre adolescentes e mulheres adultas (B).⁽¹⁶⁾

A tabela 1 evidencia a maior taxa de continuidade entre as usuárias dos LARCs do que as usuárias dos métodos de curta duração, durante dois anos (B).^(17,18)

TABELA 1

Taxa de continuidade dos métodos contraceptivos reversíveis, no primeiro e segundo ano de uso, de acordo com diferentes estudos.

MÉTODO	OMS ¹⁸ - 1 ano	CHOICE ¹³ - 1 ano	CHOICE ¹³ - 2 anos
Pílulas	67%	59%	43%
Anel	67%	56%	41%
Adesivo	67%	49%	39%
Injetáveis	56%	57%	38%
DIU cobre	78%	85%	77%
SIU-LNG	80%	88%	78%
Implante	84%	83%	68%

Taxas de continuidade acima de 80% no primeiro ano de uso são reportadas, também, em outras populações, sempre associadas ao adequado aconselhamento prévio sobre todos os métodos anticoncepcionais (B).⁽¹⁹⁾

Estudo nacional observou uma tendência, nos últimos 15 anos, de mais mulheres manterem o uso dos LARCs e acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) até a menopausa do que até uma esterilização cirúrgica, seja nela, seja no parceiro. Houve, também, uma redução nas taxas de esterilização feminina e masculina no serviço. Os autores atribuem a elevada taxa de continuidade dos LARCs e do AMPD observada no estudo à adequada orientação em relação à alta eficácia desses métodos (B).⁽²⁰⁾

Maiores taxas de continuidade foram associadas ao início do LARC no pós-parto e a maiores índices de satisfação (C).⁽²¹⁾

Estudo com estudantes americanas observou maiores taxas de aceitação dos LARCs entre as adolescentes com história prévia de coito vaginal e menor idade (C).⁽²²⁾

4. ACONSELHAMENTO E BARREIRAS PARA O ACESSO AOS MÉTODOS DE LONGO PRAZO



Inúmeras são as vantagens dos LARCs, porém, seu uso ainda é abaixo do esperado devido a mitos entre os pacientes e profissionais de saúde.

O aconselhamento é fundamental para aumentar a taxa de continuidade do método. Estudo nacional avaliando a eficácia de um aconselhamento convencional *versus* aconselhamento intensivo entre mulheres que optaram pelo uso de LARCs não observou diferença nas taxas de descontinuidade entre os grupos. Nesse estudo, o aconselhamento convencional constituiu-se em orientação verbal sobre mecanismo de ação, segurança, eficácia, como e quando a fertilidade pode retornar, efeitos adversos sobre o método escolhido e seus benefícios não-contraceptivos. Já para o aconselhamento intensivo, além das informações do aconselhamento convencional, era entregue um folheto com o desenho da anatomia pélvica, explicações mais profundas das mudanças nos padrões de sangramento que poderiam ocorrer durante a utilização do método escolhido, o mecanismo de ação de irregularidades menstruais e as possibilidades de tratamento. Os autores concluíram que o aconselhamento de rotina parece ser suficiente entre a maioria das mulheres para ajudar a melhorar as taxas de continuação e a satisfação entre novas usuárias de LARCs (A).⁽²³⁾

Por outro lado, um estudo comparando aceitação dos LARCs entre mulheres pós-aborto submetidas a uma entrevista motivacional *versus* aconselhamento comum (controle) observou que mais do dobro de mulheres do grupo intervenção optaram e continuaram em uso dos LARCs (60% vs. 31%). A entrevista motivacional é um tipo de aconselhamento centrado no paciente, que incluiu escuta reflexiva, discussão aberta sobre vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos, sempre evitando o confronto, para promover uma motivação do próprio paciente para mudança de comportamento. As mulheres do grupo intervenção relataram, também, maiores taxas de satisfação com o aconselhamento que as do grupo controle (92% vs. 65%) (A).⁽²⁴⁾

Estudos evidenciaram que as taxas de continuidade e satisfação com o método contraceptivo são maiores quando a decisão é da paciente. As mulheres preferem decidir de forma autônoma, com menos influência do profissional de saúde, sobre seu método contraceptivo, após um adequado aconselhamento (B).⁽²⁵⁾

Assim, o importante é esclarecer sobre todos os métodos de forma clara e objetiva, para que a paciente tenha uma decisão informada. As mulheres selecionadas para inclusão no estudo CHOICE recebiam uma breve informação sobre duração, eficácia e local de implantação de todos os LARCs por meio de um profissional treinado (B).⁽²⁶⁾ Após essa orientação e eliminado o custo das medicações, das 5.087 mulheres incluídas no estudo, 68% optaram pelos LARCs, 23% pelos hormonais combinados e 8% pelo acetato de medroxiprogesterona (B).⁽¹³⁾

O treinamento dos profissionais de saúde é também fundamental para reduzir as barreiras e ampliar o acesso aos LARCs. Estudo conduzido em 40 serviços de planejamento familiar, para população de baixa renda em diversas cidades americanas, observou que o treinamento dos prestadores de serviço aumentou o aconselhamento, a seleção e o início de LARCs entre adolescentes e adultas jovens comparados às mulheres dos serviços que não receberam o treinamento (início de LARCs: 27% vs. 12% para adolescentes e 28% vs. 18% para jovens adultos). A intervenção realizada foi um curso de educação continuada, com duração de meio dia, baseado nos critérios de elegibilidade e casos clínicos, além de treinamento prático para inserir DIUs e implantes (A).⁽²⁷⁾

O Colégio Americano de Obstetrícia e Ginecologia (ACOG) recomenda que os profissionais de saúde orientem sobre os LARCs em todas as consultas de adolescentes com vida sexual ativa. Os LARCs devem ser a primeira linha de opção contraceptiva para elas, devido ao alto risco de gestação não-planejada nessa faixa etária (D).⁽²⁸⁾

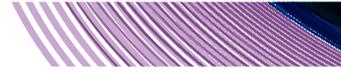
A experiência e o treinamento de profissionais de saúde com os LARCs são diretamente proporcionais à oferta desses. Estudo com mais de 1.000 ginecologistas e obstetras americanos demonstrou que 95% dos entrevistados oferecem DIUs às pacientes, enquanto apenas metade dos entrevistados oferecem o implante contraceptivo. Durante a residência médica, 92% foram treinados para DIUs, enquanto apenas 50% foram treinados para implante. A educação continuada nos últimos dois anos foi a variável mais associada à oferta de implantes contraceptivos e 32% dos entrevistados citaram a falta de formação de inserção como uma barreira (B).⁽²⁹⁾

Estudo com mais de 200 ginecologistas e obstetras da América Latina sobre o conhecimento de DIUs observou deficiências e contradições sobre seus conhecimentos e atitudes. Dos participantes, 10% não reconheceram a alta eficácia dos LARCs, 80% responderam que eles não oferecem DIUs para nulíparas e quase 10% não os oferecem-os para adolescentes, apesar de 90% dos entrevistados relatarem que nulíparas são candidatas para uso do SIU-LNG (B).⁽³⁰⁾

Além da importância do adequado aconselhamento para ampliar o acesso aos LARCs, outras barreiras precisam ser ultrapassadas, como o alto custo das medicações. Apesar de estudos evidenciarem que os LARCs são os métodos reversíveis mais custo-eficazes, eles ainda são inacessíveis para a parcela da população de baixa renda (B).⁽³¹⁾

A barreira mais comumente citada por especialistas para o uso de LARCs é o custo das medicações (63%), seguido do desconhecimento entre as mulheres sobre sua segurança, aceitação e expectativas. A escassez de profissionais de saúde treinados era uma barreira comumente citada, principalmente entre provedores de saúde da atenção primária (49%) (D).⁽³²⁾

5. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INDICAÇÕES E MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS COM OS MÉTODOS REVERSÍVEIS DE LONGA AÇÃO



5.1. SISTEMA INTRAUTERINO DE LEVONORGESTREL

O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) possui um reservatório com 52 mg de levonorgestrel, mede 32 mm de comprimento e libera 20 µg de levonorgestrel por dia. Através da membrana de controle, o sistema consegue liberar o levonorgestrel, que em 15 minutos após a inserção já se encontra circulante no plasma. A taxa de liberação de 20 µg/dia cai ao longo do uso, estabilizando-se em torno de 12 a 14 µg/dia e chega finalmente a 11 µg/dia ao final de cinco anos, que é o tempo preconizado de uso do SIU-LNG (D).⁽³³⁾

Segundo Luukkainen (D),⁽³⁴⁾ os principais mecanismos de ação que colaboraram para se obter um contraceptivo com menos efeitos colaterais e com alta eficácia são os seguintes:

- muco cervical espesso e hostil à penetração do espermatozoide, inibindo a sua motilidade no colo, no endométrio e nas tubas uterinas, prevenindo a fertilização;
- alta concentração de levonorgestrel no endométrio, impedindo a resposta ao estradiol circulante;
- forte efeito anti-proliferativo no endométrio;
- inibição da atividade mitótica do endométrio;
- mantém a produção estrogênica, o que possibilita uma boa lubrificação vaginal.

Como resultado dessas várias ações contraceptivas, a taxa de eficácia do SIU-LNG é muito alta, e em vários estudos clínicos, representando mais de 100.000 mulheres/ano/uso, obteve-se índice de Pearl de 0,1 (A).⁽³⁵⁾

Portanto, o SIU-LNG possui ótima eficácia contraceptiva e apresenta desempenho equivalente no uso “correto” e “habitual” (B) (A).⁽³⁶⁾ A sua taxa de satisfação mostrou índices superiores a 75% no primeiro ano (A).⁽³⁷⁾

Uma das principais ações do SIU-LNG é a ação local sobre o endométrio, levando à atrofia endometrial. Essa atrofia endometrial possibilita aparecimento de efeitos clínicos com a amenorreia e/ou oligomenorréia, o que o diferencia de pacientes usuárias do DIU medicado com cobre (A).⁽³⁶⁾ De maneira simplificada, os efeitos benéficos do SIU-LNG são os seguintes:

- aumento da concentração de hemoglobina;
- é um tratamento eficaz para a menorragia;
- é uma alternativa para a histerectomia e ablação endometrial;
- previne a anemia;
- pode ser utilizado na proteção endometrial para terapia de reposição hormonal;
- minimiza os efeitos do tamoxifeno sobre o endométrio.

Com esses efeitos não contraceptivos o SIU-LNG pode oferecer alternativas ao tratamento da menorragia, da hiperplasia endometrial e da adenomiose. Parece oferecer bons resultados na melhora dos sintomas e do padrão menstrual em mulheres com endometriose e miomas uterinos (C).⁽³⁸⁾

5.2. MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS

O uso do SIU-LNG pode apresentar algumas complicações e essas possibilidades, embora não tão frequentes, devem ser discutidas antes da inserção. A orientação antecipatória dos possíveis efeitos colaterais ajuda a obter melhor aceitação pela usuária, bons resultados e conseqüentemente maior taxa de continuidade de uso do SIU-LNG. Além disso, a orientação antecipatória possibilita maior entendimento do método por parte da usuária e leva à procura mais rápida do profissional ou serviço, assim que perceba a possibilidade de uma complicação. Os efeitos adversos mais comuns são:

- expulsão;
- dor ou sangramento;
- perfuração;
- infecção;
- gravidez ectópica;
- gravidez tópica.

Os sinais de possíveis complicações que devem fazer com que a paciente retorne ao médico são os seguintes:

- sangramento importante ou dores abdominais nos primeiros três a cinco dias após a inserção: podem indicar uma perfuração no momento da inserção ou ainda a possibilidade de infecção ou deslocamento do SIU-LNG;
- sangramento irregular ou dores em todos os ciclos: podem corresponder a deslocamento ou expulsão parcial do SIU-LNG;
- febre ou calafrios, com ou sem corrimento vaginal: pode indicar a presença de infecção;
- dor persistente durante as relações: pode se relacionar a infecção, perfuração ou expulsão parcial;
- atraso menstrual com sintomas de gravidez ou um SIU-LNG em expulsão: podem indicar gravidez intra ou extra-uterina, embora sejam raramente observadas;
- fios do SIU-LNG mais longos ou não visíveis: podem significar que houve deslocamento do dispositivo ou mesmo gestação.

5.3. SIU-LNG E INFECÇÕES

As infecções bacterianas parecem ser devidas à contaminação da cavidade endometrial, no momento da inserção do SIU-LNG, sendo que a ocorrência de doença inflamatória pélvica aguda (DIPA) é bastante rara, mais comum nos primeiros 20 dias após a inserção (C).⁽³⁹⁾ A administração de doxaciclina (200 mg) ou azitromicina (1g), uma hora antes da inserção do SIU, pode proteger contra infecções pélvicas, mas o uso profilático de antibióticos não deve ser indicado para mulheres com baixo risco para doenças sexualmente transmissíveis, candidatas à inserção do SIU-LNG. Por outro lado, nas mulheres com risco potencial para endocardite bacteriana, a profilaxia com antibióticos deve ser instituída uma hora antes da inserção ou da remoção do SIU-LNG.

Durante o primeiro ano de uso, a taxa de infecções é baixa, tanto com o SIU-LNG quanto com o TCu-380A. Após três anos, a taxa de DIPA em usuárias do SIU-LNG é mais baixa quando comparada às usuárias do TCu-380A (0,5% e 2,0%, respectivamente). É importante destacar o baixo índice de DIPA em mulheres jovens, com menos de 25 anos. Em pacientes com idade entre 17 e 25 anos, a diferença é bastante significativa, com um índice de 5,6% nas usuárias do TCu-380A e de 0,3% nas usuárias do SIU-LNG (C).⁽³⁹⁾

Concluindo, o risco de desenvolvimento de doença inflamatória pélvica (DIP) associada a dispositivos intrauterinos está relacionada ao momento da inserção e é bastante baixa (B).⁽⁴⁰⁾

5.4. SIU-LNG E PERFURAÇÕES

Uma complicação rara e que ocorre em 1,3 vez a cada 1.000 inserções, tem na técnica cuidadosa de inserção a sua principal prevenção (B).⁽⁴⁰⁾ A perfuração geralmente ocorre quando o SIU-LNG não é inserido na direção da cavidade uterina ou quando o comprimento da cavidade (histerometria) não é medido corretamente. No momento da perfuração, a paciente sente uma forte dor, e o procedimento de inserção deve ser imediatamente interrompido. O SIU-LNG deve ser removido através por meio da tração delicada dos fios, o que resolve a grande maioria dos casos. A perfuração pode ser parcial ou completa. A ultrassonografia pélvica, em particular, a transvaginal, é de grande valia no diagnóstico das perfurações, possibilitando uma conduta mais adequada a cada caso.

Nos casos de perfuração parcial, a histeroscopia está indicada para a remoção do dispositivo, quando com as manobras de tração dos fios não se obtém sucesso.

Nas perfurações completas ou que ultrapassam a serosa uterina, estão indicadas a laparotomia ou a laparoscopia para a localização do SIU-LNG e sua retirada (C).⁽⁴¹⁾

5.5. SIU-LNG E GRAVIDEZ ECTÓPICA

Anderson e colaboradores (A)⁽³⁶⁾ encontraram taxa de gravidez ectópica de 0,2 mulheres/ano após cinco anos de uso do SIU-LNG, comparada a 2,5/mulheres/ano em pacientes com Nova-T. Outros estudos não observaram a ocorrência de gestações ectópicas em pacientes com uso de SIU-LNG. Esses números representam uma redução de 80% a 90% no risco de gravidez ectópica, quando comparado a mulheres que não utilizam contracepção. Para gravidez ectópica, o índice de Pearl aproximado é de 0,02 por 100 mulheres/ano (D).⁽³³⁾

Assim, o risco de gravidez ectópica em usuárias de SIU-LNG é inferior a 0,25% em cinco anos de uso (B).⁽⁴⁰⁾

5.6. SIU-LNG E GRAVIDEZ TÓPICA

Embora as taxas de gravidez sejam extremamente baixas, a ocorrência de gestação em mulheres com o SIU-LNG demanda condutas adequadas de acordo com a localização do saco gestacional em relação ao SIU-LNG e da idade gestacional no momento do diagnóstico (C).⁽⁴²⁾

Se os fios do dispositivo são visíveis no exame especular (gestação não maior que 12 semanas), eles devem ser retirados delicadamente por tração contínua e suave. Nos casos de fios não visíveis ao exame especular, a histeroscopia realizada por profissional experiente e cuidadoso costuma resolver a maioria dos casos.

Nos casos de gestação mais avançada, com o SIU-LNG distante do orifício interno do colo, as tentativas de retirada devem ser evitadas, pois a ocorrência de insucesso é muito alta. Nestes casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando que aquela gestação possui risco aumentado de aborto, trabalho de parto prematuro e infecções, devendo ser acompanhada e examinada frequentemente na rotina de pré-natal ou na presença de qualquer sinal ou sintoma de complicações hemorrágicas e/ou infecciosas.

5.7. SIU-LNG E ACNE

A ocorrência de acne (12%), ganho de peso (7%), humor depressivo (5%) e cefaleia são efeitos adversos de pequena monta e na maioria das vezes não necessitam da retirada o SIU-LNG para o seu tratamento (D).⁽⁴³⁾ Os casos graves são raros, e a usuária deve ser orientada para retirar o SIU-LNG apenas nos casos em que não houver melhora clínica com o uso de esperonolactona (100 mg/dia por 3 meses) nos casos leves e moderados e/ou roacutan nos casos de sintomatologia mais intensa (C).⁽⁴⁴⁾

6. DISPOSITIVO INTRAUTERINO DE COBRE



Os dispositivos intrauterinos (DIUs) são os métodos de longa ação mais conhecidos, sendo que os DIUs com cobre são os mais utilizados em todo o mundo (D).⁽⁴⁵⁾ O mecanismo de ação deve-se à alteração da motilidade e à diminuição da viabilidade dos espermatozoides provocada pelo muco cervical, com altas concentrações de cobre (C).^(46,47) Além disso, aumento de leucócitos e citocinas na cavidade uterina reduzem drasticamente a probabilidade de fertilização (A).⁽⁴⁸⁾ Embora pouco utilizado ainda em nosso país (menos de 5% das mulheres ativas sexualmente usam DIUs) são métodos com alta eficácia, baixo custo e fácil manejo (B).^(49,50)

Os DIUs com cobre não contêm hormônios, e os formatos mais utilizados atualmente são o DIU TCU-380 e o Multiload®375. São mais eficazes que outros modelos com concentração menores de cobre que foram utilizados no passado. São facilmente inseridos ou retirados e, ao mesmo tempo, não demandam que a mulher ou o seu parceiro se lembrem de usá-lo ou aplicá-lo diariamente, potencializando seu efeito contraceptivo (B).⁽⁴⁹⁾

Provavelmente o mais utilizado em todo o mundo, o DIU TCU-380 tem durabilidade de dez anos e índice de Pearl muito baixo (uma gravidez ou menos em cada 100 usuárias no primeiro ano de uso e acumulando taxa de três a cada 100 usuárias após cinco anos) (B).⁽⁴⁹⁾ A taxa acumulada de gravidezes em 20 anos em uma clínica brasileira foi de quatro em cada 100 mulheres/ano (B).⁽⁵¹⁾ Grandes estudos clínicos randomizados mostraram que os DIUs com cobre permanecem efetivos por 12 a 13 anos (A).⁽⁵²⁾

6.1. INSERÇÃO DO DIU COM COBRE

Tradicionalmente, os DIUs são inseridos durante o período menstrual, pois se acredita que o colo uterino encontre-se discretamente dilatado. A vantagem dessa prática, entretanto, é a exclusão da gravidez. Embora seja uma prática incomum, os DIUs podem ser inseridos em qualquer momento do ciclo menstrual se a gravidez for excluída com segurança. Além disso, os DIUs podem ser inseridos imediatamente após aborto ou no pós-parto imediato (A).⁽⁵²⁾

Durante muito tempo a nuliparidade foi motivo de contraindicação do uso dos DIUs. Estudos recentes, entretanto, têm apontado para o fato de que não há maior dificuldade na inserção dos DIUs em nuligestas (as taxas de falha de inserção são semelhantes às das múltiparas) e que a aceitação, tolerabilidade e dor em relação ao uso do método pelas mulheres são semelhantes às mulheres com gestações anteriores (B).⁽⁵³⁾ Sabe-se, porém, que este é um grupo em que há um ligeiro aumento nas taxas de expulsão nos primeiros seis meses (B).⁽⁵³⁾ Atualmente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera categoria 2 dos critérios de elegibilidade, ou seja, os benefícios superam possíveis malefícios (D).⁽¹²⁾

6.2. MEDICAÇÕES PARA FACILITAR A INSERÇÃO DO DIU

Um dos principais fatores limitantes para o uso dos DIUs é a dor durante a inserção. Medicamentos como misoprostol (inibidor de prostaglandinas), anti-inflamatórios não esteroides (AINEs) e anestésicos locais têm sido utilizados para tentar minimizar essa dor. Revisão sistemática recente encontrou quinze estudos clínicos randomizados (A).⁽⁵⁴⁾ As evidências não mostraram mais facilidade à inserção, redução da necessidade de técnicas de dilatação do colo uterino ou maiores taxas de sucesso (A).⁽⁵⁴⁾ Apenas um estudo, com mulheres que tinham apresentado falha à inserção, mostrou que no grupo que usou misoprostol antes do procedimento, as taxas de sucesso foram maiores que no placebo (A).⁽⁵⁵⁾ O uso de diclofenaco mais lidocaína a 2% intracervical também não mostrou efeito positivo sobre a inserção (A).⁽⁵⁶⁾

6.3. ACEITABILIDADE DO DIU TCu-380

Estudo australiano recente acompanhou uma coorte de usuárias de DIU TCu-380 para conhecer melhor quais mulheres usavam o método. Entre 2009 e 2012, 211 mulheres foram acompanhadas. Um terço tinha menos de 30 anos, 36,5% eram nuligestas, sendo que a eficácia e o fato de não querer usar método hormonal foram as principais razões para a escolha. A taxa de continuação foi de 79,1% e 61,3% ao final de um e de três anos, respectivamente (B).⁽⁵⁷⁾

6.4. DIU E DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA (DIP)

Uma preocupação classicamente considerada por profissionais da saúde era o risco de desenvolvimento de DIP, e, conseqüentemente, a da infertilidade, em usuárias de qualquer DIU. Em virtude desse “mito”, muitos consideravam que não seria adequado oferecer o método para mulheres sem parceiro fixo ou nuligestas. No entanto, estudos têm mostrado que o uso dos métodos intrauterinos não se correlaciona com maior chance de desenvolver DIP, possibilitando a oferta do método para pacientes antes consideradas fora do grupo elegível para utilização do método (D).^(58,59)

6.5. SANGRAMENTO IRREGULAR COM DIU COM COBRE

Não se sabe ao certo por que os DIUs com cobre aumentam o sangramento uterino. É possível que isso ocorra devido ao aumento da vascularização subendometrial das usuárias desse método (D).⁽⁶⁰⁾ Estudo comparativo entre usuárias de DIU TCu-380 e sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) mostrou que o sangramento uterino é maior no primeiro mês após a inserção do DIU TCu-380 e vai diminuindo até o terceiro mês, quando o padrão menstrual se estabiliza (C).⁽⁶¹⁾ Nenhum estudo mostrou resultados satisfatórios no tratamento do sangramento irregular com DIU com cobre. Empiricamente, na tentativa de se evitar a remoção prematura do DIU, os clínicos têm utilizado AINEs (para tentar diminuir os fatores de proliferação vascular) ou contraceptivos orais combinados, para estabilizar o endométrio. Vale ressaltar que uma das causas desse sangramento pode ser infecção e, havendo suspeita de DIP em fases iniciais, o uso de antibióticos de amplo espectro pode melhorar o sangramento irregular, pois tratam endometrites subclínicas.

7. IMPLANTE DE ETONOGESTREL



Os implantes são dispositivos plásticos colocados na subderme, com liberação contínua de progestagênios. No Brasil, o único implante aprovado é o IMPLANON®, que é um bastonete único, com cerca de 4cm de comprimento por 2mm de espessura, contendo 68 mg de etonogestrel (3-ketodesogestrel) (ENG), metabólito ativo do desogestrel, envolvido em uma membrana de acetato de etileno vinil (EVA), não radiopaco (B).⁽⁶²⁾

O efeito contraceptivo é conseguido principalmente por meio da inibição consistente da ovulação (C).⁽⁴⁾ Ao lado da inibição da ovulação, o ENG também provoca alterações no muco cervical, que dificultam a passagem dos espermatozoides, além de alterações do endométrio, tornando-o menos adequado para a nidificação (C).^(63,64) Por outro lado, depois da remoção, os níveis séricos se tornam indetectáveis antes de uma semana nas usuárias, com a maioria das mulheres demonstrando ovulação e podendo engravidar dentro de poucos dias após a remoção do implante (B).⁽⁶⁵⁾

As indicações do implante de ENG recaem sobre a preferência das mulheres, nas comorbidades em que não se pode utilizar métodos com estrogênios e em grupos vulneráveis, como adolescentes, drogaditas e mulheres com HIV.

7.1. MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS E EVENTOS ADVERSOS

Seguimento de mais de 900 mulheres por três anos (C)⁽⁶⁶⁾ mostram que, entre os eventos gerais, as queixas de cefaleia (em 15% das pacientes) são mais frequentes durante as seis primeiras semanas, quando a liberação de ENG tem uma concentração maior (de 60 a 70 mcg/dia) (B).^(67,68) Caracteriza-se por uma cefaleia mais ao final do dia, sem características de hemicrania e, quando necessário, melhoram com analgésicos comuns (C).⁽⁶⁹⁾ Outra queixa que é mais característica de ação estrogênica é a mastalgia (10%), porém, no caso do implante, também é mais frequente nesse período (seis primeiras semanas) e, geralmente, são bem toleradas, necessitando, na maioria das vezes, somente da tranquilização de que não tem risco de ser algo maligno. Se necessário, melhora muito com analgésicos comuns (C).⁽⁶⁹⁾

Quanto ao ganho de peso, queixa de 12% das pacientes segundo um trabalho de meta-análise. É importante notar que esse ganho com métodos de progestagênio isolado, é similar, ao encontrado em mulheres que estão usando outros métodos contraceptivos hormonais e não hormonais (A).⁽⁷⁰⁾ O estudo CHOICE, mostrou que não houve diferença em termos de ganho de peso entre os LARCs (DIU-cobre; SIU-LNG e implante de ENG) durante o primeiro ano de seguimento (B).⁽⁷¹⁾ Sendo assim, quando houver ganho de peso, é importante rever, junto com as mulheres, se houve alguma mudança no estilo de vida e na dieta (C).⁽⁶⁹⁾

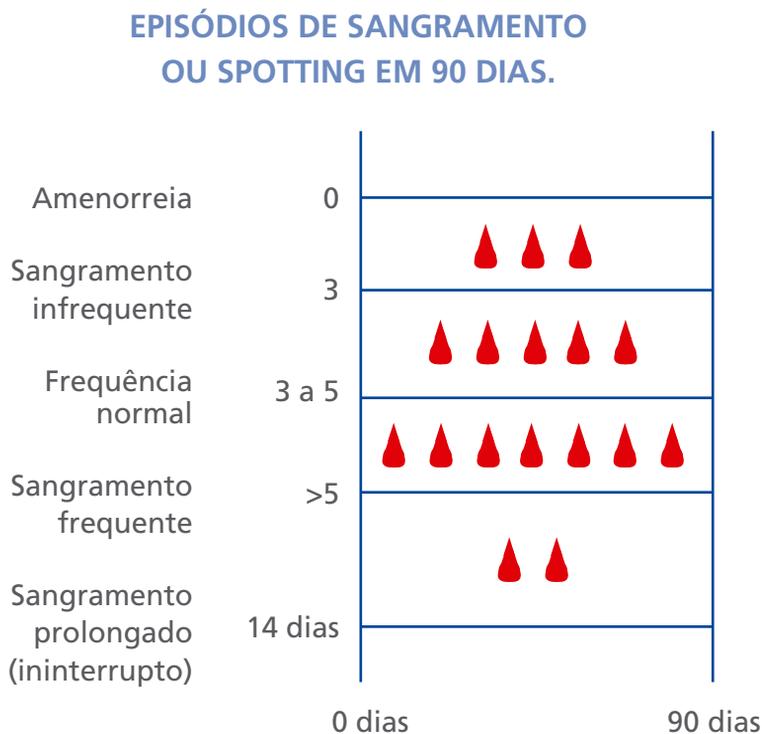
A acne enquanto evento adverso foi relatado por 11% das usuárias. As mulheres com maior probabilidade de se queixar de acne são as antigas usuárias de método hormonal combinado, pois este, devido ao etinilestradiol (EE), aumenta muito as globulinas transportadoras de hormônios sexuais (SHBG), o que diminui consideravelmente a testosterona livre (B).⁽⁷²⁾ O implante liberador de ENG, por outro lado, tem um efeito neutro sobre SHBG (C),⁽⁶³⁾ assim, a substituição do método com EE pelo implante, faz com que os níveis de SHBG baixem rapidamente, subindo a testosterona livre. Não existe nenhum estudo que avaliou o uso de drogas anti-androgênicas em acne de usuárias de métodos de progestagênio isolado, porém, para manejo desse evento adverso, pode-se usar inicialmente de 100 a 200 mg/dia de espironolactona e, se não houver melhora, 25 mg/dia de acetato de ciproterona, por 15 dias/mês ou durante todo o mês, por cerca de seis meses (D).⁽⁷³⁾

Como o implante liberador de ENG não realiza qualquer inibição no hormônio folículo estimulante (FSH) (C),^(63,64) a presença de cistos foliculares pode ocorrer em cerca de 25% das usuárias após 12 meses (C),⁽⁷⁴⁾ porém esses cistos ovarianos são benignos, sem repercussão para as mulheres e tendem a desaparecer em 12 semanas. Geralmente, são achados ocasionais, sem causar sintomas. Porém, caso ocorram dores abdominais, o uso de analgésicos ou anti-inflamatórios não esteroidais (AINE) pode ser indicado (C).⁽⁶⁹⁾

O principal evento adverso do implante liberador de ENG, assim como de qualquer método contraceptivo contendo só progestagênio, é a mudança do padrão de sangramento. É a principal causa de desistência do método.^(23,75) Para discutir sangramento irregular, é importante conhecer os padrões de sangramento vaginal induzido por métodos contraceptivos (C),⁽⁷⁶⁾ apresentados na figura 2, que leva em conta o número de dias e a intensidade de sangramento vaginal ou apenas escape (*spotting*-sangramento de pequena quantidade com uso de, no máximo, um absorvente ou tampão/dia) pelo período de 90 dias.

FIGURA 2

Padrões de sangramento vaginal induzidos por métodos contraceptivos.⁽⁷⁴⁾



Estudos mostram que esses sangramentos normalmente são bem tolerados pelas mulheres, desde que sejam bem orientadas previamente à inserção (B).^(23,75) Considera-se padrão de sangramento favorável às pacientes que apresentam amenorreia, sangramento infrequente e sangramento regular, ao passo que os sangramentos frequentes e prolongados, são considerados desfavoráveis. Como pode ser visto na tabela 2, a grande maioria das mulheres apresentará padrão favorável de sangramento, somente entre 20% a 25% delas apresentarão padrão desfavorável (sangramento frequente ou prolongado) (C).^(77,78)

TABELA 2

Padrão de sangramento com uso de Implante liberador de ENG.^(77,78)

PADRÃO DE SANGRAMENTO	IMPLANTE ENG
Amenorreia	22% - 40%
Infrequente	30% - 40%
Regular	20%
Padrão desfavorável	6,7% frequente + 17,7% prolongado

7.2. COMO MANEJAR O SANGRAMENTO IRREGULAR?

- Orientar quanto ao padrão de sangramento esperado previamente à inserção (B).^(23,75)
- É importante ter paciência nos primeiros seis meses, pois cerca de 50% das mulheres com padrão desfavorável têm chance de melhorar o padrão de sangramento (C).⁽⁷⁸⁾
- Descartar outras causas de sangramento se o padrão se mantiver desfavorável após seis meses ou aparecer dor associada (B).⁽⁷⁹⁾
- Tratar sempre que necessário. Medicações que podem ser utilizadas e que os trabalhos mostraram que são melhores que placebo, porém com forças de evidência diferentes.^(79,80)
 - . 30 mcg de etinil estradiol (EE) + 150 mcg de levonorgestrel (LNG) por 1 a 3 ciclos, com ou sem pausa entre as cartelas (A).
 - . Ácido tranexâmico de 500 mg a 1.000 mg de 8 em 8 horas por 5 a 7 dias (A). O tratamento pode ser repetido quantas vezes forem necessárias, porém, não deve ultrapassar 7 dias cada um deles.
 - . Doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por 5 a 7 dias (C). A ação aqui é de diminuição de metaloproteínases e não a ação antibiótica conhecida.
 - . Anti-inflamatório não esteroide (C). Os mais estudados foram:
 - .. Ibuprofeno: 400 mg, de 8 em 8 horas por 5 dias.
 - .. Ácido mefenâmico: 500 mg, de 8 em 8 horas por 5 dias.
 - .. Celecoxib: 200 mg/dia por 5 dias.
- Estrogênios (C): não se mostraram melhores do que placebo nas doses habituais, pois, devido à diminuição dos receptores estrogênicos, têm dificuldade de ação. O EE em dose de 50 mcg/dia foi eficaz na diminuição do sangramento em usuárias de implantes liberadores de LNG.⁽⁷⁸⁾
- Progestagênios isolados (D): apesar de não existirem ainda trabalhos comparando-os com placebo, eles têm sido cada vez mais utilizados:
 - . Desogestrel 75 mcg/dia, por 1 a 3 ciclos.
 - . Noretisterona 10 mg de 12 em 12 horas por 21 dias.
 - . AMP 10 mg de 12 em 12 horas por até 21 dias.

8. SITUAÇÕES ESPECIAIS PARA USO DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DE LONGO PRAZO



8.1. ADOLESCENTES E NULIGESTAS

Após um declínio nos últimos 15 anos, a taxa de gestação na adolescência voltou a crescer pela primeira vez em 2006 nos EUA, aumentando cerca de 3% sobre a taxa de 2005 em mulheres entre 15-19 anos (B).⁽¹⁾ Parte disso pode ser atribuída ao fato das formas mais populares de contracepção empregadas por adolescentes depender do uso correto para sua efetividade.

Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras quanto ao conhecimento de diferentes opções e quanto ao seu acesso, muitas vezes pelo alto custo inicial.

Quando se orienta uma adolescente quanto à contracepção, há necessidade de apresentar todos os métodos disponíveis, incluindo DIUs e implantes como métodos de primeira linha. Porém, muitos médicos não se sentem seguros em inserir DIUs e implantes em adolescentes, porque não são treinados para fazê-lo. Uma pesquisa com profissionais da saúde, predominantemente médicos, concluiu que apenas 31% desses profissionais consideravam DIU como método apropriado para adolescentes, sendo que 50% inseririam o DIU em uma adolescente de 17 anos com um filho e apenas 19% o fariam numa adolescente de mesma idade sem filhos, o que vai totalmente contra as orientações disponíveis (B).⁽⁸¹⁾

Atualmente, as formas mais populares de contracepção em adolescentes são preservativos e método de retirada (coito interrompido), seguido de pílulas (B).⁽⁸²⁾ Somente 3,6% das mulheres entre 15-19 anos usam DIU. O uso de métodos menos confiáveis provavelmente contribui para a taxa de 80% de gestação indesejada entre adolescentes de 15-19 anos de idade.

A idade, bem como a paridade, não representa contra-indicações ao uso dos LARCs. Assim, são indicados em adolescentes e nuligestas (D).⁽¹²⁾

Existem poucos estudos de implantes em adolescentes. Obijuru e colaboradores (B),⁽⁸³⁾ em estudo retrospectivo (2010 a 2013), avaliaram 116 registros de adolescentes usuárias de implantes de etonogestrel que faziam seguimento numa clínica de adolescentes.

Nesse grupo, apesar de 39% das participantes relatarem uso prévio de contraceptivos orais e 27% o uso prévio de DMPA, somente 14% das pacientes estavam em uso do método no momento da inserção do implante.

Entre elas, 35% usavam apenas preservativos e 42% não realizavam nenhuma contracepção. O uso de DIU apareceu em 3%, e 3% estavam em uso do implante. Isso significa que a maior parte das pacientes adolescentes (77%) sexualmente ativas estavam sob risco de gestação, se considerarmos a baixa eficácia do preservativo como método contraceptivo.

Das 116 pacientes participantes, 94% eram nulíparas, e o *follow-up* completo estava disponível para 81% dessas. Os autores consideraram remoção precoce do implante caso ele tivesse sido retirado com menos de 32 meses. A taxa de continuidade do implante em 12, 24 e 32 meses foi de 78%, 50% e 40%, respectivamente.

A remoção com menos de 32 meses ocorreu em 35%. A remoção precoce por sangramento incômodo ocorreu em 18% (17/94). Não houve associação significativa entre índice de massa corporal, sangramento incômodo e remoção precoce do implante. Os resultados indicam que a continuidade é alta em 12 e 24 meses, com 40% das pacientes atingindo 32 meses de uso do implante, o que resulta em um período significativo de proteção à gestação (B).⁽⁸³⁾

Existem diferentes diretrizes para emprego do DIU em adolescentes. Em 2007, o comitê do American College of Obstetricians and Gynecologists (D)⁽⁸⁴⁾ recomendou que os DIUs fossem considerados opções de primeira linha para anticoncepção em adolescentes com ou sem filhos. A Organização Mundial da Saúde também apoia o uso de DIU em adolescentes, fornecendo critério de elegibilidade 2 (benefício superior ao risco) para mulheres da menarca aos 20 anos de idade (D).⁽¹²⁾ A American Academy of Pediatrics (D)⁽⁸⁵⁾ também considera que DIUs são seguros em adolescentes nulíparas, não causando infertilidade tubária. Sua remoção é segura por rápido retorno da fertilidade.

Os profissionais da saúde frequentemente não identificam adolescentes como possíveis candidatas ao uso de métodos intrauterinos. Parte desse pensamento decorre do antigo temor de que o DIU causasse doença inflamatória pélvica (DIP) e infertilidade tubária, o que seria particularmente preocupante em adolescentes sem filhos. As evidências atuais descartam essa associação. O uso de DIUs não aumenta o risco de doença inflamatória pélvica do trato genital superior acima do risco basal esperado para mulheres.

Além do receio infundado de infertilidade tubária, o DIU é muitas vezes evitado em adolescentes pelo pensamento de que há maior risco de expulsão e de efeitos adversos em nulíparas quando comparado a múltíparas. Estudo em 129 nulíparas usuárias de SIU-LNG encontrou taxa de expulsão em nulíparas inferior a 1% ao ano (B).⁽³⁶⁾ Outros estudos também não encontraram maior risco de expulsão em nulíparas nem relação com o tamanho da cavidade endometrial medida por histerômetro ou ultrassonografia (independentemente da paridade) (B).⁽⁸⁶⁾

9. PÓS-PARTO IMEDIATO E PÓS-ABORTO



Habitualmente a prescrição de contraceptivos no puerpério ocorre ao redor de seis semanas após o parto (A).⁽⁸⁷⁾ Por outro lado, as taxas de falta às consultas no pós-parto são elevadas, variando de 10% a 40%, o que tornando muitas mulheres expostas à nova gestação (C).⁽⁶⁹⁾ A despeito da efetividade do método de lactação e amenorreia como contraceptivo, é conhecido que em nosso país o período médio de amamentação exclusiva seja em torno de 50 a - 60 dias (mediana de 54 dias) (C).⁽⁸⁸⁾ Nesse sentido, parece oportuno que algumas mulheres iniciem a contracepção ainda na maternidade, particularmente entre usuárias de drogas, moradoras distantes e aquelas que não teriam acesso a consulta no puerpério. Para essas mulheres, os LARCs apresentam-se como alternativa. A Organização Mundial de Saúde recomenda o uso de todos os LARCs nas primeiras 48 horas após o parto, desde que não haja contra-indicações para esses métodos (D).⁽¹²⁾ As taxas de continuidade em 12 meses nessa situação são elevadas e, em adolescentes que foram submetidas ao uso de LARCs no pós-parto imediato, houve diminuição de mais de 80% no risco de nova gravidez em um ano (B).⁽⁸⁹⁾

As taxas de expulsão do DIU de cobre e do SIU-LNG são maiores na inserção imediata após o parto, e superiores à taxa observada em usuárias de implante inserido no pós-parto (39% *versus* 14%, respectivamente) (B).⁽⁹⁰⁾

Os LARCs parecem não alterar a lactação, o crescimento e o desenvolvimento neonatal e infantil quando inseridos no pós-parto imediato (A).⁽⁹¹⁾

No pós-aborto, a inserção de LARCs é liberada no caso de desejo de contracepção OMS, uma vez que a ovulação ocorre em mais de 90% das mulheres no mês seguinte ao aborto (D).⁽¹²⁾

10. DROGADIÇÃO



No Brasil, calcula-se que existam aproximadamente 370.000 pessoas que utilizam o crack ou similares, sendo 21% de mulheres (78.000) e, dessas, 13% estão grávidas (10.000) (C).⁽⁹²⁾

O consumo de crack tem sido diretamente associado à infecção pelo HIV. A prevalência entre mulheres é o dobro em relação aos homens 92 (C). Na Cracolândia, região central de São Paulo, 9% das mulheres possuem sorologia positiva para HIV (B).⁽⁹³⁾ Os comportamentos de risco mais frequentemente observados nessa população são o elevado número de parceiros, o sexo sem proteção e a troca de sexo por droga ou por dinheiro para a compra da droga, principalmente entre as profissionais do sexo (B).⁽⁹⁴⁻⁹⁶⁾

Há aumento na morbidade em relação à população geral no que se refere a abortos (16,1%), óbito fetal intrauterino (1,7%) e prematuridade (20,6%) (B).⁽⁹³⁾ As mulheres usuárias de drogas no Brasil tiveram 3,4-3,8 gestações/mulher e o nascimento de 2,6-2,9 filhos vivos/mulher (B).⁽⁹⁵⁾

Todos esses motivos determinam a necessidade de se evitar gestações nessa população vulnerável devido aos danos causados pelas drogas e por ser uma gestação de alto risco. Muito tem sido escrito sobre as consequências do uso de substâncias durante a gravidez, mas tem havido muito menos foco na prevenção dessas gestações não planejadas em mulheres com transtornos por uso das substâncias opioides e seus derivados. Os estudos demonstram uma demanda não atendida de contracepção, especialmente para os métodos mais eficazes, comparado com mulheres não usuárias, como os contraceptivos reversíveis de longa ação, bem como de obstáculos para mais fácil acesso e uso. Uma das formas de atenuar o problema seria ter instituições para o tratamento do uso dessas substâncias em conjunto com serviços que ofereçam a contracepção para promover o uso desses métodos (A).^(97,98)

Estima-se que 35% das mulheres usuárias de drogas não utilizam qualquer método contraceptivo (B).⁽⁹³⁾ Em revisão sistemática de 2015 (seis estudos), as mulheres usando opioides quando fazem contracepção, o fazem com menos frequência do que a população de não usuárias (56% vs. 81%, respectivamente). Observa-se que os percentuais de utilização foram variáveis, representados pelos dispositivos intra-uterinos (DIUs) (7%), implantes (15%) e ligadura tubária (17%), contraceptivo hormonal oral (17%) e injetável trimestral (8%).

Nenhum estudo avaliou o anel vaginal ou o adesivo transdérmico. Observou-se o uso de métodos moderadamente eficazes: preservativo (62%), diafragma (10%), esponja e métodos naturais ($\leq 4\%$); e, métodos menos eficazes: espuma (3%) e ducha vaginal (23%). O preservativo é o método mais utilizado, devido à sua dupla função de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (A).⁽⁹⁷⁾

No Brasil, deve-se adequar a eficácia dos métodos com a disponibilidade de oferta de métodos seguros que não dependam da vontade das mulheres usuárias de drogas em querer utilizá-los devido à dificuldade na rastreabilidade dessa população.

Em relação aos métodos muito eficazes, a ligadura tubária desde que disponível na rede básica de saúde, dentro de critérios clínicos estabelecidos e com consentimento livre e esclarecido assinado, pode ser realizada, evitando-se críticas de movimentos contrários pelo processo de “esterilização” (D).⁽⁹⁹⁾ Os LARCs, mesmo tendo retorno rápido da fertilidade após o tempo de uso, podem ser ofertados, apesar de dificuldades no acesso (A).⁽⁹⁸⁾ A utilização dos DIUs de cobre ou de levonorgestrel deve-se considerar o risco de moléstia inflamatória pélvica devido à dificuldade na realização de exames prévios à inserção e dificuldade para o rastreamento das pacientes (B).⁽¹⁰⁰⁾ O implante de etonogestrel pode ser utilizado e promove proteção segura em relação à gestação não planejada (B).⁽⁹³⁾

Os métodos de curta duração, por apresentarem dificuldades de uso em usuárias de drogas e pela taxa de falha real de 9%, devem ser evitados (A).⁽⁹⁾ Já em relação ao injetável trimestral, a despeito de apresentar até 3% de falha, pode representar opção, porém necessita de controle ativo dos órgãos de saúde (A).⁽⁹⁾ Ressalte-se que os preservativos devem ser sempre indicados e oferecidos devido aos riscos de doenças sexualmente transmissíveis.

11. ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS PARA O PROCEDIMENTO DE INSERÇÃO DE MÉTODOS DE LONGO PRAZO EM ADOLESCENTES



No Brasil, o uso do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) para ser utilizado em pesquisas envolvendo seres humanos foi proposto pela primeira vez pela Resolução nº 01/ 88 do Conselho Nacional de Saúde, e o fortalece dedicando-lhe todo o capítulo IV na Resolução nº 196/96-CNS/MS.⁽¹⁰¹⁾ Embora o TCLE tenha sido mais utilizado originalmente em pesquisas clínicas, o valor do consentimento passou a ser extensivo a situações no atendimento médico de rotina. Assim, no artigo 1º de 21 de janeiro de 2016 (Recomendação CFM nº 1/2016), enfatiza-se que nas decisões sobre assistência à saúde dos pacientes, os médicos devem levar em consideração o documento Consentimento Livre e Esclarecido.⁽¹⁰²⁾

A inserção dos LARCs caracteriza-se por procedimentos médicos e, nesse sentido, poderia obedecer aos preceitos de se instituir o TCLE. A idade é o principal ponto polêmico, pois existem divergências na interpretação das leis quando envolvem as adolescentes. A Organização Mundial da Saúde (OMS) caracteriza a adolescência como a segunda década da vida (10 a 19 anos) e juventude como período entre 15 e 24 anos de idade. Já o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no artigo 2º, considera criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até os doze anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre doze e dezoito anos de idade. Por sua vez, o Código Civil considera a idade de 18 anos para a prática de todos os atos da vida civil. A maioridade civil poderá ser alcançada para maiores de 16 anos em face de alguns atos (emancipação, casamento, exercício de emprego público efetivo, etc.).⁽¹⁰³⁾

A ECA preserva como Direitos Fundamentais a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. O “poder familiar” (antigo pátrio poder) dos pais ou responsáveis legais não é um direito absoluto.⁽¹⁰⁴⁾

Porém, no Brasil, a idade de consentimento para o sexo é de 14 anos, conforme o novo artigo 217-A do código penal, modificado pela lei nº 12.015/2009, artigo 3º. O artigo 217-A do Código Penal define como “estupro de vulnerável” o ato de “ter conjunção carnal” ou praticar ato libidinoso com menor de 14 anos, independentemente de ter havido violência real. Ou seja, se um menor de 14 anos praticar algum ato sexual, podemos considerar violência sexual, ainda que tenha realizado o ato por livre e espontânea vontade.⁽¹⁰⁵⁾

A Constituição Federal, no artigo 228, estabelece que “são penalmente inimputáveis os menores de dezoito anos, sujeitos às normas da legislação especial” e, em conformidade com a norma constitucional, o regime de infrações do ECA não segue a sistemática típica do Direito Penal, baseada em tipos penais e penas mínimas e máximas para cada delito. O ECA não faz referência a penas ou crimes praticados por adolescentes, mencionando apenas infrações e medidas socioeducativas, que não são individualizadas pelo estatuto para cada conduta específica. Não há menção no ECA sobre “responsabilidade penal”.⁽¹⁰³⁾

A Sociedade de Pediatria Brasileira (SBP) junto com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) elaboraram documento de que a “prescrição de métodos anticoncepcionais deverá levar em conta a solicitação dos adolescentes, respeitando-se os critérios médicos de elegibilidade, independentemente da idade. A prescrição de métodos anticoncepcionais para adolescente menor de 14 anos, desde que respeitados os critérios acima, não constitui ato ilícito por parte do médico. Na atenção a menor de 14 anos sexualmente ativa, a presunção de estupro deixa de existir, frente ao conhecimento que o profissional possui de sua não ocorrência, a partir da informação da adolescente e da avaliação criteriosa do caso, que deve estar devidamente registrada no prontuário médico” (D).⁽¹⁰⁶⁾

Por se tratar de tema de difícil consenso, como alternativa a essa situação, o Centro de Referência da Saúde da Mulher, São Paulo, adotou um Termo de Assentimento para adolescentes abaixo de 15 anos de idade para a utilização do implante subdérmico de etonogestrel como contraceptivo, assinado por ela e com as mesmas orientações contidas no TCLE, porém mais adequadas à essa idade, além do TCLE assinado pelo responsável (B).⁽⁹³⁾

Em conclusão, por se tratar de situação em que persistem dúvidas, pode-se considerar o consentimento da adolescente e do responsável para a utilização dos LARCs, reforçando o aconselhamento contraceptivo e sugerindo o uso do TCLE. Ressalta-se que esses aspectos necessitam ter ainda um amplo debate entre as sociedades envolvidas e órgãos públicos.

12. CONCLUSÃO



Os LARCs são métodos contraceptivos mais eficazes que os de curta duração. Apresentam maior taxa de continuidade e possuem pequeno número de contraindicações. O sangramento irregular é a principal causa de descontinuação. Podem ser indicados em nuligestas e adolescentes, além de ser inseridos no pós-parto ou pós-aborto imediato. Os métodos intrauterinos não se associam a aumento no risco de doença inflamatória pélvica, desde que observados os rigores técnicos da inserção.

As principais barreiras para o uso dos LARCs recaem sobre o acesso e o custo. Profissionais de saúde envolvidos em medidas contraceptivas devem priorizar o aconselhamento adequado e a capacitação para a oferta e indicação dos LARCs.

13. RECOMENDAÇÕES



1. Os contraceptivos reversíveis de longa ação (LARCs) incluem o DIU de cobre, o sistema intrauterino de levonorgestrel e o implante de etonogestrel (D).
2. Os LARCs possuem maior eficácia contraceptiva comparada aos métodos de curta duração (B).
3. Os LARCs apresentam maior taxa de aceitação e continuidade, além de menor número de contraindicações quando comparados aos métodos de curta duração (A).
4. A orientação antecipatória acerca do padrão de sangramento em cada método é fundamental, uma vez que, embora baixas, as taxas de descontinuação com os LARCs devem-se particularmente ao sangramento irregular (B).
5. Os métodos intrauterinos não aumentam o risco de doença inflamatória pélvica (B).
6. Métodos intrauterinos podem ser indicados a mulheres com antecedente de gravidez ectópica (B).
7. O sistema intrauterino de levonorgestrel e o implante de etonogestrel podem ser indicados para lactantes, incluindo inserções imediatas após o parto, por não relacionarem-se a eventos tromboembólicos, bem como não afetarem a produção do leite, o crescimento e o desenvolvimento do lactente (A).
8. A inserção de métodos intrauterinos no pós-parto imediato associa-se à taxa maior de expulsão (B).
9. Os LARCs podem ser indicados para adolescentes e nuligestas (B).
10. Os métodos intrauterinos e o implante de etonogestrel não aumentam o risco de tromboembolismo venoso (A).
11. O implante de etonogestrel tem papel importante na contracepção em grupos vulneráveis, a exemplo de usuárias de drogas e moradoras de rua (B).
12. Sugere-se que a inserção de LARCs em adolescentes seja realizada após consentimento também do responsável, podendo ser utilizado termo de consentimento livre e esclarecido (D).
13. As principais barreiras para o uso dos LARCs referem-se ao acesso, custo. O treinamento dos profissionais de saúde, enfatizando o aconselhamento adequado, é também fundamental para reduzir as barreiras e ampliar o acesso aos LARCs (B).

14. REFERÊNCIAS



1. Sedgh G, Singh S, Hussain R.; Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Stud Fam Plann*; 2014;45(3):301-14.
2. Darroch JE, Singh S.; Trends in contraceptive need and use in developing countries in 2003, 2008, and 2012: an analysis of national surveys. *Lancet*. 2013; 18;381(9879):1756-62.
3. *Brasil*. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 300 p.
4. Viellas EF; Domingues RMSM; Dias MAB et al. Prenatal Care; Maternal and Child Health; Maternal-Child Health Services. *Cad. Saúde Pública*, 2014; 30:S1-S15.
5. Yazdkhasti M, Pourreza A, Pirak A, Abdi F. Unintended Pregnancy and Its Adverse Social and Economic Consequences on Health System: A Narrative Review Article. *Iran J Public Health*. 2015;44(1):12-21.
6. Gipson JD, Koenig MA, Hindin MJ. The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: a review of the literature. *Stud Family Plann* 2008;39:18–38.
7. Abajobir AA, Maravilla JC, Alati R, Najman JM.; A systematic review and meta-analysis of the association between unintended pregnancy and perinatal depression. *Journal of Affective Disorders* 2016;192:56–63.
8. Espey E, Ogburn T. Long-acting reversible contraceptives: intrauterine devices and the contraceptive implant. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):705-19
9. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception*. 2011;83(5):397-404.
10. Mansour D, Inki P, Gemzell-Danielsson K. Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15 Suppl 2:S19-31.
11. Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. *Obstet Gynecol*. 2015;126(4):e44-8.

12. World Health Organization. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: *WHO* 2015. Accessed on 10 October 2016 from: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/
13. Peipert JF, Zhao Q, Allsworth JE, Petrosky E, Madden T, Eisenberg D, et. al. Continuation and satisfaction of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2011;5:1105-13.
14. Klein JD, American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics.* 2005;116(1):281-6.
15. Sedgh G, Finer LB, Bankole A, Eilers MA, Singh S. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *J Adolesc Health.* 2015;56(2):223-30.
16. Rosenstock JR, Peipert JF, Madden T, Zhao Q, Secura GM. Continuation of reversible contraception in teenagers and young women. *Obstet Gynecol.* 2012 Dec;120(6):1298–1305.
17. O’neil-Callahan M, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura G. Twenty-four-month continuation of reversible contraception. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):1083-91.
18. Trussell J. Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Nelson AL, Cates W, Kowal D, Policar M, editors. *Contraceptive technology*: twentieth revised edition. New York (NY): Ardent Media; 2011
19. Sapkota S, Rajbhandary R, Lohani S. The Impact of Balanced Counseling on Contraceptive Method Choice and Determinants of Long Acting and Reversible Contraceptive Continuation in Nepal. *Matern Child Health J.* 2016 Mar 8. [Epub ahead of print]
20. Ferreira JM, Monteiro I, Castro S, Villarroel M, Silveira C, Bahamondes L. The Use of Long Acting Reversible Contraceptives and the Relationship between Discontinuation Rates due to Menopause and to Female and Male Sterilizations. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2016;38(5):210-7.
21. Dickerson LM, Diaz VA, Jordon J, Davis E, Chirina S, Goddard JA, Carr KB, Carek PJ. Satisfaction, early removal, and side effects associated with long-acting reversible contraception. *Fam Med.* 2013;45(10):701-7.

- 22.** Hoopes AJ, Ahrens KR, Gilmore K, Cady J, Haaland WL, Amies Oelschlager AM, Prager S. Knowledge and Acceptability of Long-Acting Reversible Contraception Among Adolescent Women Receiving School-Based Primary Care Services. *J Prim Care Community Health*. 2016;7(3):165-70.
- 23.** Modesto W, Bahamondes MV, Bahamondes L. A randomized clinical trial of the effect of intensive versus non-intensive counselling on discontinuation rates due to bleeding disturbances of three long-acting reversible contraceptives. *Hum Reprod*. 2014;29(7):1393-9.
- 24.** Whitaker AK, Quinn MT, Munroe E, Martins SL, Mistretta SQ, Gilliam ML. A motivational interviewing-based counseling intervention to increase postabortion uptake of contraception: A pilot randomized controlled trial. *Patient Educ Couns*. 2016;99(10):1663-9.
- 25.** 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; 81: 343–348.
- 26.** 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.
- 27.** Gibbs SE, Rocca CH, Bednarek P, Thompson KM, Darney PD, Harper CC. Long-Acting Reversible Contraception Counseling and Use for Older Adolescents and Nulliparous Women. *J Adolesc Health*. 2016. Sep 21. pii: S1054-139X(16)30227-0. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.07.018. [Epub ahead of print]
- 28.** Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group, The American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee opinion no. 539: adolescents and long-acting reversible contraception: implants and intrauterine devices. *Obstet Gynecol*. 2012;120(4):983-8.
- 29.** Luchowski AT, Anderson BL, Power ML, Raglan GB, Espey E, Schulkin J. Obstetrician-gynecologists and contraception: long-acting reversible contraception practices and education. *Contraception*. 2014;89(6):578-83.

- 30.** Bahamondes L, Makuch MY, Monteiro I, Marin V, Lynen R. Knowledge and attitudes of Latin American obstetricians and gynecologists regarding intrauterine contraceptives. *Int J Womens Health*. 2015;7:717-22.
- 31.** 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):1338-45.
- 32.** Foster DG, Barar R, Gould H, Gomez I, Nguyen D, Biggs MA. Projections and opinions from 100 experts in long-acting reversible contraception. *Contraception*. 2015;92(6):543-52.
- 33.** Beatty, MN, Blumenthal PD. The levonorgestrel-releasing intrauterine system: safety, efficacy and patient acceptability. *Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2009;5:561-574.
- 34.** Luukkainen T, Toivonen J. Levonorgestrel-releasing IUD as method of contraception with therapeutic properties. *Contraception*. 1995;52:269-276.
- 35.** Lahteenmaki P, Rauramo I, Backman T. The levonorgestrel intrauterine system in contraception. *Steroids*. 2000;65:693-607.
- 36.** Andersson K, Odland V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and Cooper-releasing (NovaT) IUDs during Five years. A randomized Trial. *Contraception*, 49:56-72.
- 37.** Power J, French R, Cowan F. Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods of preventing pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2007.
- 38.** Fraser IS. Non-contraceptive health benefits of intrauterine hormonal systems. *Contraception*. 2010; 82(5):396-403.
- 39.** Farley TMM, Rowe PJ, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet*, 1992; 339:785-88.
- 40.** Sivin I, Stern J, Coutinho E. Prolonged intrauterine contraception: a seven year randomized study of LG20 and T380 IUDs. *Contraception*, 1991; 44:473-8.

- 41.** Margarit LM, Griffiths AN, Vine SJ. Management of levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) uterine perforation. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24(5):586-7.
- 42.** WHO 2007. Family Planning: A Global handbook for Providers. Baltimore and Geneva:CCP and WHO, 2007.
- 43.** National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Long-acting reversible contraception. 2005 *RGOG Press at Royal College of Obstetricians and Gynecologists.*
- 44.** Karri K. Severe seborrhoeic dermatitis: Side-effect of the Mirena intra-uterine system. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care.* March 2006;11(1):53–54.
- 45.** World contraceptive use 2007. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division. <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm> (Accessed Oct 2016).
- 46.** Jonsson BG, Landgren BM, Eneroth P. Effects of various IUDs on the composition of the cervical mucus. *Contraception.* 1991;43:447–58.
- 47.** Roblero L, Guadarrama A, Lopez T et al. Effect of copper ion on the motility, viability, acrosome reaction and fertilizing capacity of human spermatozoa in vitro. *Reprod Fertil Dev.* 1996;8:871–4.
- 48.** O'Brien P, Marfleet CC. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev* 2008, Issue 4. Art. No.: CD003282. DOI: 10.1002/14651858.CD003282.pub2. <http://mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsystrev/articles/CD003282/frame.html> (Accessed July 2009).
- 49.** Sivin I, Batar, I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: III. Intrauterine device. *Eur J Contracep Reprod Health Care,* 2010;15:96–112.
- 50.** Bahamondes L, Díaz J, Petta C, Monteiro I, Monteiro CD, Regina CH. Comparison of the performances of TCU 380A and TCU 380S IUD up to five years. *Adv Contracept.* 1999;15(4):275-81.
- 51.** UNDP, UNFPA, WHO, et al. Long-term reversible contraception – Twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C. *Contraception* 1997;56:341–52.

- 52.** Bahamondes L, Bottura B, Bahamondes MV et al. Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic. *Hum Reprod.* 2014;29(10):2163-70.
- 53.** Díaz J, Pinto Neto AM, Bahamondes L, Díaz M, Arce XE, Castro S. Performance of the copper T 200 in parous adolescents: are copper IUDs suitable for these women? *Contraception.* 1993;48(1):23-8.
- 54.** Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception.* 2016. pii: S0010-7824(16)30135-4. doi: 10.1016/j.contraception.2016.06.014. [Epub ahead of print]
- 55.** Bahamondes MV, Espejo-Arce X, Bahamondes L. Effect of vaginal administration of misoprostol before intrauterine contraceptive insertion following previous insertion failure: a double blind RCT. *Hum Reprod* 2015 30(8):1861-6.
- 56.** Fouda UM, Salah Eldin NM, Elsetohy KA, Tolba HA, Shaban MM, Sobh SM. Diclofenac plus lidocaine gel for pain relief during intrauterine device insertion. A randomized, double-blinded, placebo-controlled study. *Contraception.* 2016; 93(6):513-8.
- 57.** Bateson D, Harvey, C, Trinh, L, Stewart M, Black K. User characteristics, experiences and continuation rates of copper intrauterine device use in a cohort of Australian women. *Aust N Z J Obstet Gynaecol.* 2016 Oct 5. doi: 10.1111/ajo.12534. [Epub ahead of print].
- 58.** Mishell DR. Intrauterine devices: mechanisms of action, safety and efficacy. *Contraception.* 1998;58(3 Suppl):45S-53S.
- 59.** d’Arcangues C. Worldwide use of intrauterine devices for contraception. *Contraception.* 2007;75(6 Suppl):S2-7.
- 60.** Jiménez MF, Vetori D, Fagundes PA, de Freitas FM, Cunha-Filho JS Subendometrial microvascularization and uterine artery blood flow in IUD-induced side effects (levonorgestrel intrauterine system and copper intrauterine device). *Contraception.* 2008;78(4):324-7

- 61.** Suvisaari and Lahteenmaki, Menstrual bleeding patterns in cooper IUD and IUS users. *Contraception*,1996,54:201-208
- 62.** Croxatto HB, Urbancsek J, Massai R, CoelinghBennink H, van Beek A, Implanon Study Group. A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive implant Implanon. *Hum Reprod* 1999; 14: 976–81.
- 63.** Mäkäräinen L, Van Beek A, Tuomivaara L, Asplund B, CoelinghBennink H. Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant. *FertilSteril*. 1998; 69:714-72.
- 64.** Croxatto HB, Mäkäräinen L. The Pharmacodynamics and Efficacy of Implanon® An Overview of the Data. *Contraception*. 1998 dec; 58:915–975.
- 65.** Darney P,Patel A, Rosen K,Shapiro LS, Kaunitz AM. Safety and efficacy of a single-rod etonogestrel implant (Implanon): results from 11 international clinical trials. *FertilSteril*. 2009; 91:1646–53.
- 66.** 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.
- 67.** Organon Pharmaceuticals USA. Implanon, etonogestrel implant. *Implanon Archived Drug Label* [Internet]. 2011 [acesso em 2016 out 11]. Disponível em: <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/archives/fdaDrugInfo.cfm?archiveid=63647>.
- 68.** Huber J. Pharmacokinetics of Implanon® An Integrated Analysis. *Contraception*. 1998; 58: 855–905.
- 69.** Family planning: a global handbook for providers. Baltimore and Geneva: CCP and WHO [Internet]. 2011 [acesso em 2016 Out 12]. Disponível em: <http://www.glowm.com/pdf/Family%20planning%20-%20a%20global%20handbook%20for%20providers.pdf>
- 70.** Lopez LM, Edelman A, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 jul 2; (7):CD008815.
- 71.** Vickery Z, Madden T, Zhao Q, Secura GM, Allsworth JE, PeipertJF. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. *Contraception*. 2013; 88(4):503-8.

- 72.** Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The Effects of Hormonal Contraceptives on Female Sexuality: A Review. *J Sex Med.* 2012; 9:2213–2223.
- 73.** Martin KA, Chang RJ, Ehrmann DA, Ibanez L, Lobo RA, Rosenfield RL et al. Evaluation and Treatment of Hirsutism in Premenopausal Women: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2008; 93(4):1105–1120.
- 74.** Hidalgo MM, Lisondo C, Juliato CT, Espejo-Arce X, Monteiro I, Bahamondes L. Ovarian cysts in users of Implanon® and Jadelle® subdermal contraceptive implants. *Contraception.* 2006; 73(5):532-6.
- 75.** Rubenstein J, Rubenstein P, Barter J, Pittrof R. Counselling styles and their effect on subdermal contraceptive implant continuation rates. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2011 jun; 16(3):225–8.
- 76.** 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.
- 77.** Guazzelli CA, Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, Araujo FF. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception.* 2010; 82(3):256-9.
- 78.** Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008 Jun; 13(suppl 1): 13-28.
- 79.** Mansour D, Bahamondes L, Critchley H, Darney P, Fraser IS. The management of unacceptable bleeding patterns in etonogestrel-releasing contraceptive implant users. *Contraception.* 2011; 83:202–10.
- 80.** Abdel-Aleem H, d’Arcangues C, Vogelsong KK, Gülmezoglu AM. *Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives.*
- 81.** Madden T, Allsworth JE, Hladky KJ, Secura GM, Peipert JF. Intrauterine contraception in St. Louis: a survey of obstetrician and gynecologists’ knowledge and attitudes. *Contraception* 2010;81 (2):112–6

- 82.** Abma JC, Martinez GM, Copen CE. Teenagers in the United States: sexual activity, contraceptive use, and childbearing, National Survey of Family Growth 2006–2008. National Center for Health Statistics. Vital Health Stat 2010;23(30) Accessed on June 11, 2010 at http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_030.pdf.
- 83.** Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin C. Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction, and Continuation. *The Journal of Adolescent Health* 2016; 58 (3): 284-89.
- 84.** AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstetrics and Gynecology* 2007;110 (6): 1493–95.
- 85.** OTT, M. A.; SUCATO, G. S.; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. American Academy of Pediatrics. Contraception for Adolescents. *Pediatrics* 2014; 134 (4): 1257–81.
- 86.** Lyus R, Lohr P, Prager S. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception* 2010;81 (5): 367-71.
- 87.** Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception*. 2016;94(3):226-52.
- 88.** Ministério da Saúde do Brasil. Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros. Brasília – DF. 2010. <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/pamuni.pdf>
- 89.** Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol*. 2012 Jun;206(6):481.e1-7.
- 90.** Fusco CL, Silva R de S, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2012;28(4):709-19.

- 91.** Braga GC, Ferriolli E, Quintana SM, Ferriani RA, Pfrimer K, Vieira CS. Immediate postpartum initiation of etonogestrel-releasing implant: A randomized controlled trial on breastfeeding impact. *Contraception*. 2015; 92(6):536-42.
- 92.** Bastos FI, Bertoni N. Pesquisa nacional sobre uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT - Fio Cruz, 2014. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786.pdf>. Acesso em 27.ago.2015.;
- 93.** Sakamoto LC, Malavasi AL, Karasin AL, et al. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprod Clim*, 2015; 30(3):102-7.
- 94.** Brasiliano S, Hochgraf PB, Torres RS. Comportamento sexual de mulheres dependentes químicas. *Rev Bras Psiquiatr*, 2002; 24(suppl.2):5-25.
- 95.** Nappo AS, Sanches ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Jr J, Pacca JCB, Lacks V. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/Aids. São Paulo: CEBRID; 2004.
- 96.** Von Diemen L, De Boni R, Kessler F, Benzano D, Pechansky F. Risk behaviours for HCV and HIV seroprevalence among female crack users in Porto Alegre, Brazil. *Arch Womens Ment Health*, 2010;13(3):185-91.
- 97.** Terplan M, Hand DJ, Hutchinson M, Salisbury-Afshar E, Heil SH. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. *Prev Med*, 2015; 80: 23–31.
- 98.** Black KI, Day CA. Improving Access to Long-Acting Contraceptive Methods and Reducing Unplanned Pregnancy Among Women with Substance Use Disorders. *Subst Abuse*, 2016; 10 (Suppl 1):27-33.
- 99.** American Public Health Association. Opposition to the CRACK campaign. *Am J Public Health*. 2001;91(3):516-7.
- 100.** Pagano ME, Maietti CM, Levine AD. Risk factors of repeated infectious disease incidence among substance-dependent girls and boys court-referred to treatment. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 2015; 41(3): 230–236.

- 101.** Ministério da Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.
- 102.** Gallo JHS. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM Nº 1/2016.
- 103.** Veronese JRP. Medidas sócio-educativas: sinônimo de Pena? Âmbito Jurídico. Disponível em www.ambitojuridico.com.br/artigo/index, consultado em 22/4/2015.
- 104.** BRASIL. Estatuto da Criança e do Adolescente. Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília, DF, 1990.
- 105.** BRASIL. Lei 12.015, de 07 de agosto de 2009. altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei no 8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal. *Diário Oficial da União, Brasília*, 10 ago. 2009.
- 106.** (FEBRASGO) SBP(FBSGO). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7.

O NÚMERO 1 EM PREFERÊNCIA DAS MULHERES DO PROJETO CHOICE¹



120

ANOS NO BRASIL
Se é Bayer, é bom

Mirena[®] foi o método mais escolhido do projeto e as mulheres que utilizaram tiveram a maior taxa de satisfação e continuidade entre todos os métodos.^{1*}

EFICÁCIA E COMODIDADE
DA ADOLESCÊNCIA À
MENOPAUSA.^{2,3}

 **Mirena[®]**
levonorgestrel
ENDOCEPTIVO 20µg/24h

MIRENA[®] - LEVONORGESTREL. REG. MS-1.0020.0087. INDICAÇÕES: CONTRACEÇÃO, MENORRAGIA IDIOPÁTICA, PREVENÇÃO DA HIPERPLASIA ENDOMETRIAL NA TERAPIA DE REPOSIÇÃO ESTROGÊNICA. CONTRA-INDICAÇÕES: SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ; DOENÇA INFLAMATÓRIA PÉLVICA ATUAL OU RECORRENTE; INFECÇÃO DO TRATO GENITAL INFERIOR; ENDOMETRITE PÓS-PARTO; ABORTO INFECTADO DURANTE OS ÚLTIMOS 3 MESES; CERVICITE; DISPLASIA CERVICAL; TUMOR MALIGNO UTERINO OU CERVICAL; TUMORES PROGESTÓGENO - DEPENDENTES; SANGRAMENTO UTERINO ANORMAL NÃO-DIAGNOSTICADO; ANOMALIA UTERINA CONGÊNITA OU ADQUIRIDA QUE CAUSAM DEFORMAÇÃO DA CAVIDADE UTERINA; CONDIÇÕES ASSOCIADAS COM AUMENTO DE SUSCEPTIBILIDADE A INFECÇÕES; DOENÇA HEPÁTICA AGUDA OU TUMOR HEPÁTICO; HIPERSENSIBILIDADE AO PRINCÍPIO ATIVO OU A QUALQUER UM DOS EXCIPIENTES. CUIDADOS E ADVERTÊNCIAS: ENXAQUECA FOCAL COM PERDA VISUAL ASSIMÉTRICA OU OUTROS SINTOMAS INDICATIVOS DE ISQUEMIA CEREBRAL TRANSITÓRIA; CEFALEIA EXCEPCIONALMENTE INTENSA; ICTERÍCIA; AUMENTO AGENTUADO DA PRESSÃO ARTERIAL; DOENÇA ARTERIAL GRAVE, CARDIOPATIA CONGÊNITA OU VALVULOPATIA. A GLUCEMIA DEVE SER CONTROLADA EM PACIENTES DIABÉTICAS. INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS: INDUTORES DE ENZIMAS DO CITOCROMO P450, NÃO SE ESPERA QUE SEJA DE MAIOR IMPORTÂNCIA, CONSIDERANDO O MECANISMO DE AÇÃO LOCAL DE MIRENA[®]. EVENTOS ADVERSOS: HIPERSENSIBILIDADE, HUMOR DEPRIMIDO, DEPRESSÃO, CEFALEIA, ENXAQUECA, ACNE, HIRSUTISMO, ALOPECIA, DOR NAS COSTAS, ALTERAÇÕES NO PADRÃO DE SANGRAMENTO, INFECÇÃO DO TRATO GENITAL SUPERIOR, CISTOS OVARIANOS, DISMENORRÉIA, MASTALGIA, PERFURAÇÃO UTERINA, EXPULSÃO, VULVOVAGINITES, AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL. POSOLOGIA: INSERIR UMA UNIDADE DE MIRENA[®] NA CAVIDADE UTERINA. CADA ADMINISTRAÇÃO É EFICAZ POR 5 ANOS. VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. SAC 08007021241.

CONTRA INDICAÇÕES: SUSPEITA OU DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** INDUTORES DE ENZIMAS DO CITOCROMO P450.

REFERÊNCIAS: • 1. PEIPERT ET AL. CONTINUATION AND SATISFACTION OF REVERSIBLE CONTRACEPTION. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY* 117:1105-13, 2011. • 2. SUHONEN ET AL. CLINICAL PERFORMANCE OF A LEVONORGESTREL - RELEASING INTRAUTERINE SYSTEM AND ORAL CONTRACEPTIVES IN YOUNG NULLIPAROUS WOMEN: A COMPARATIVE STUDY. *CONTRACEPTION* 2004; 69: 407-412. • 3. SUHONEN SP, HOLMSTRÖM T, ALLONENHO, LÄTÉNEMÄKI P. INTRAUTERINE AND SUBDERMAL PROGESTIN ADMINISTRATION IN POSTMENOPAUSAL HORMONE REPLACEMENT THERAPY. *FERTILISERIL* 1995; 63:336-42.

* VERSUS DIU DE COBRE, IMPLANTE, CONTRACEPTIVOS ORAIS, INJETÁVEIS, ADESIVO E ANEL VAGINAL.

 0800 7021241
sac@bayer.com
Respeito por você

MATERIAL DESTINADO EXCLUSIVAMENTE A PROFISSIONAIS DE SAÚDE HABILITADOS A PRESCREVER OU DISPENSAR MEDICAMENTOS.



L.BR.MKT.08.2016.5823

www.mirena.com.br

As escolhas e planos de sua paciente precisam de apoio.

IMPLANON é um método anticoncepcional com duração de 3 anos, alta eficácia (>99%) e baixa dosagem hormonal.^{1,2}



Referências bibliográficas: 1. Circular aos Médicos (bula) de IMPLANON. São Paulo; Schering-Plough Indústria Farmacêutica Ltda., 2016. 2. Graesslin O, Korver T. The contraceptive efficacy of Implanon®: a review of clinical trials and marketing experience. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(S1):4-12.

IMPLANON (etonogestrel). **INDICAÇÃO:** anticoncepção. **CONTRAINDICAÇÕES:** distúrbio tromboembólico venoso ativo; presença ou histórico de tumor hepático (benigno ou maligno), doença hepática grave (enquanto os testes de função hepática não normalizarem); presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteróides sexuais; sangramento vaginal não diagnosticado; hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente de IMPLANON; gravidez diagnosticada ou suspeita de gravidez. **ADVERTÊNCIAS:** IMPLANON não protege contra HIV e outras DSTs. Durante o uso de anticoncepcionais orais (AOs), o risco de câncer de mama diagnosticado aumenta levemente. Esse aumento desaparece em 10 anos após a descontinuação do uso de anticoncepcionais orais, mas é estável relacionado à duração desse uso, mas é idade da usuária quando os utilizava. Tal risco pode ser semelhante em usuárias de métodos somente com progestágenos. Comparado ao risco de câncer de mama em algum momento da vida, o aumento do risco associado aos AOs é baixo e pode ser devido ao diagnóstico precoce, a efeitos biológicos dos AOs ou a ambos. Dados epidemiológicos associaram o uso de anticoncepcionais combinados orais (ACO) com maior incidência de tromboembolia venosa (TEV), trombose venosa profunda (TVP) e embolia pulmonar (EP). Retirar IMPLANON em caso de trombose e de imobilização prolongada. Alertar as mulheres com histórico desses eventos sobre a sua possibilidade de recorrência. Houve relatos pós-comercialização de eventos tromboembólicos arterial e venoso graves, incluindo de EP (alguns fatais), TVP, infarto do miocárdio e acidentes vasculares cerebrais em usuárias de IMPLANON. Os progestágenos podem apresentar efeito na resistência à insulina e na tolerância à glicose, mas, não há evidência da necessidade de alterar o regime terapêutico em diabéticas, desde que monitoradas. Mulheres em tratamento de hiperlipidemia devem ser acompanhadas. Alguns progestágenos podem elevar o LDL e dificultar o controle da hiperlipidemia. A proteção com anticoncepcionais de progestágenos isolados tradicionais contra gravidez ectópica não é como com ACOs. Se houver amenorreia ou dor abdominal, considerar gravidez ectópica no diagnóstico diferencial. Se durante o uso ocorrer hipertensão persistente ou aumento da pressão arterial (PA) sem resposta ao tratamento anti-hipertensivo, retirar IMPLANON. Caso ocorram distúrbios da função hepática, consultar um especialista para exames/orientação. Pode ocorrer cianose; mulheres com tendência a isso devem evitar exposição à radiação ultravioleta durante o uso de IMPLANON. Como há experiência clínica limitada em mulheres com peso corporal elevado no terceiro ano de uso, não excluir a possibilidade de redução do efeito anticoncepcional nelas e considerar a substituição do implante em prazo menor. Condições relatadas durante a gravidez e durante o uso de esteróides sexuais, mas sem associação estabelecida com progestágenos: icterícia e/ou prurido relacionado à colestase; formação de cálculo de vesícula; porfiria; lúpus eritematoso sistêmico; síndrome hemolítico-urêmica; coreia de Sydenham; herpes gestacional; perda da audição relacionada à otosclerose e angiodemia (hereditário). Expulsão pode ocorrer se a inserção não for de acordo com as instruções ou por infiltração local. Há relatos de migração do local de inserção (pode estar relacionada ao tipo de inserção profunda ou intravascular). Em caso de deslocamento do local de inserção, a localização poderá ser difícil e a retirada, requerer incisão maior ou procedimento em centro cirúrgico. Em caso de migração para a artéria pulmonar, um procedimento poderá ser necessário. Se o implante não estiver palpável, localizá-lo e posteriormente removê-lo. No caso de não localização, a anticoncepção e o risco de reações adversas relacionadas ao progestágeno poderão continuar além do período desejado. **INTERAÇÕES MEDICAMENTOSAS:** consultar a bula de outros medicamentos em uso. Interações entre anticoncepcionais hormonais e outros medicamentos podem levar ao sangramento inesperado e/ou à falha na anticoncepção. Podem ocorrer interações com medicamentos ou produtos fitoterápicos indutores de enzimas microsossais, especificamente enzimas do citocromo (CYP) P450, que podem diminuir a eficácia de IMPLANON, a. ex., fentoina, barbitúricos, primidona, bosentan, carbamazepina, ritonavir, rifampina e, possivelmente também, oxcarbazepina, topiramato, felbamato, griseofulvina, alguns inibidores não nucleosídeos da protease do HIV, como o ritonavir, e inibidores da transcriptase reversa, como o efavirenz, além de produtos fitoterápicos contendo *Hypericum Perforatum* (erva-de-são-jão ou St. John's wort). Após descontinuação da terapia, a indução enzimática pode durar até 28 dias. Quando coadministradas com etonogestrel, muitas combinações de inibidores de protease do HIV e inibidores não nucleosídeos da transcriptase reversa, e/ou combinações com medicamentos utilizados no tratamento de hepatite C podem aumentar ou diminuir as concentrações plasmáticas dos progestágenos. Mulheres em uso de indutores de enzimas hepáticas ou dos fitoterápicos listados devem ser informadas sobre a possível redução de eficácia de IMPLANON. Se continuar com o uso de IMPLANON, utilizar um método anticoncepcional não hormonal concomitantemente e por 28 dias após a descontinuação da droga. A administração concomitante de inibidores fortes ou moderados da CYP3A4 pode aumentar as concentrações dos progestágenos. Os anticoncepcionais hormonais podem interferir no metabolismo de outros fármacos e aumentar as concentrações plasmáticas e tóxicas ou diminuir as. **REAÇÕES ADVERSAS:** mudanças no padrão de sangramento, na frequência, na intensidade ou na duração do sangramento. Amenorreia foi relatada por ~1 a cada 5 mulheres e 1 a cada 5 mulheres relatou sangramento frequente e/ou prolongado. Ocasionalmente, houve relato de sangramento intenso. Em estudos clínicos, alterações no sangramento foram as razões mais comuns para interromper o uso (~11%). Eventos adversos frequentemente relacionados: infecção vaginal, cefaleia, acne, sensibilidade/dor mamária, menstruação irregular, aumento de peso, aumento de apetite, instabilidade emocional, humor depressivo, nervosismo, redução da libido, vertigem, tonturas, dor abdominal, náusea, fadiga, insônia, alopecia, dismenorreia, cistos ovarianos, dor no local do implante, reação no local do implante, fadiga, sintomas de gripe, dor, redução de peso, faringite, rinite, infecção do trato urinário, ansiedade, insônia, enxaqueca, sonolência, vômito, constipação, diarreia, hipertensão, exantema e prurido, dor nas costas, artralgia, mialgia, dor musculoesquelética, disúria, secreção genital, desconforto vulvovaginal, galactorreia, hipertrófia das mamas, prurido genital, parestia, edema. Em casos raros, foi observado um aumento clinicamente relevante da PA durante o uso de IMPLANON. Podem ocorrer reações adversas analérgicas, urticária, angioedema, agravamento de angioedema ou piora de angioedema hereditário. A inserção ou retirada de IMPLANON pode causar equimoses, leve irritação local, dor ou prurido. Ocasionalmente, no local da inserção, pode ocorrer fibrose, formação de cicatriz ou desenvolvimento de abscesso. Em raros casos, podem ocorrer parestesia ou sintomas semelhantes. **POSOLOGIA:** IMPLANON é um implante anticoncepcional de longa duração inserido por via subdérmica. A usuária pode solicitar a retirada dele a qualquer momento; o implante não deve permanecer inserido por mais de 3 anos. Considerar substituição precoce em mulheres com sobrepeso. **SUPERDOSE:** retirar o implante antes de inserir um novo. Não há dados sobre superdose com etonogestrel. **VENDA SOB PRESCRIÇÃO MÉDICA. REGISTRO MS:** 1.0171.0088. Atualização em 07/11/2016 – revisão médica em 04/11/2016.

Dentre as informações citadas em bula, ressaltamos que este medicamento é contraindicado para pacientes com distúrbio tromboembólico venoso ativo. Quanto às interações medicamentosas, a administração concomitante com indutores de enzimas microsossais, especificamente enzimas do citocromo P450, pode resultar em aumento da depuração de hormônios sexuais.



Nota: antes de prescrever o produto, recomendamos a leitura da Circular aos Médicos (bula) completa para informações detalhadas.

SE PRESISTIREM OS SINTOMAS, O MÉDICO DEVERÁ SER CONSULTADO.

WOMN-1201005-0000 PRODUZIDO EM NOVEMBRO/2016 VÁLIDO POR 2 ANOS





FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES
DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

APOIO

