

SÉRIE ORIENTAÇÕES  
E RECOMENDAÇÕES  
FEBRASGO

Nº 1 • 2022



CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL  
DE LONGA AÇÃO

Contraceção reversível de longa ação. - - São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2022. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional Especializada em Anticoncepção).  
ii, 44p.

1. Contraceção 2. Anticoncepcionais 3. Dispositivos intrauterinos 4. Progestinas I. Autor

ISBN 978-65-87832-07-4

NLM – WP630



Todo o conteúdo desta série está licenciado sob uma Licença Creative Commons.

Imagem da capa: Milena\_Bo/Shutterstock.com



## DIRETORIA DA FEBRASGO 2020 / 2023

**Agnaldo Lopes da Silva Filho**

*Presidente*

**Sérgio Podgaec**

*Diretor Administrativo*

**César Eduardo Fernandes**

*Diretor Científico*

**Olímpio B. de Moraes Filho**

*Diretor Financeiro*

**Maria Celeste Osório Wender**

*Diretora de Defesa e Valorização  
Profissional*

**Marta Franco Finotti**

*Vice-Presidente*

Região Centro-Oeste

**Carlos Augusto Pires C. Lino**

*Vice-Presidente*

Região Nordeste

**Ricardo de Almeida Quinteiros**

*Vice-Presidente*

Região Norte

**Marcelo Zugaib**

*Vice-Presidente*

Região Sudeste

**Jan Pawel Andrade Pachnicki**

*Vice-Presidente*

Região Sul



## COMISSÃO NACIONAL ESPECIALIZADA EM ANTICONCEPÇÃO

### **Presidente**

Rogério Bonassi Machado

### **Vice-Presidente**

Ilza Maria Urbano Monteiro

### **Secretária**

Jaqueline Neves Lubianca

### **Membros**

Carlos Alberto Politano  
Cristina Aparecida Falbo Guazzelli  
Edson Santos Ferreira Filho  
Jarbas Magalhães  
Luis Carlos Sakamoto  
Maria Auxiliadora Budib  
Mariane Nunes de Nadai  
Milena Bastos Brito  
Sheldon Rodrigo Botogoski  
Tereza Maria Pereira Fontes  
Valeria Barbosa Pontes  
Zsuzsanna Ilona Katalin de Jarmy Di Bella

# ASPECTOS ATUAIS DOS CONTRACEPTIVOS REVERSÍVEIS DE LONGA AÇÃO

Rogério Bonassi Machado<sup>1</sup>

Ilza Maria Urbano Monteiro<sup>2</sup>

Jaqueline Neves Lubianca<sup>6</sup>

Jarbas Magalhães<sup>3</sup>

Cristina Aparecida Falbo Guazzelli<sup>4</sup>

Milena Bastos Brito<sup>5</sup>

Luis Carlos Sakamoto<sup>7</sup>

Sheldon Rodrigo Botogoski<sup>8</sup>

Maria Auxiliadora Budib<sup>9</sup>

Zsuzsanna Ilona Katalin de Jármy-Di Bella<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Medicina de Jundiaí, Jundiaí, SP, Brasil.

<sup>2</sup>Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP, Brasil.

<sup>3</sup>Faculdade Municipal Professor Franco Montoro, Mogi Guaçu, SP, Brasil.

<sup>4</sup>Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>5</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA, Brasil.

<sup>6</sup>Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

<sup>7</sup>Hospital Pérola Byington, São Paulo, SP, Brasil.

<sup>8</sup>.Universidade Federal do Paraná, Curitiba, PR, Brasil

<sup>9</sup>Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, Brasil.

## Como citar:

Machado RB, Monteiro IM, Magalhães J, Guazzelli CA, Brito MB, Lubianca JN, et al. Aspectos atuais dos contraceptivos reversíveis de longa ação. In: *Contracepção reversível de longa ação*. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO): 2022. [Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 1/Comissão Nacional de Anticoncepção].

## HIGHLIGHTS

- Os contraceptivos reversíveis de longa ação, conhecidos internacionalmente como LARC (*long acting reversible contraceptives*) consistem na utilização de métodos com três ou mais anos de duração.
- No Brasil, são representados pelos métodos intrauterinos, a exemplo dos dispositivos intrauterinos hormonais e não hormonais, e pelo implante de etonogestrel.
- A eficácia dos LARC é superior aos contraceptivos de curta ação, pois não dependem da usuária. Além disso, podem ser indicados diante de situações clínicas em que a maior parte dos contraceptivos hormonais tem restrições.
- As barreiras para o uso dos LARC são conhecidas, e referem-se, particularmente, ao acesso ao método, aos mitos em relação a eventos adversos e riscos, além da falta de capacitação de profissionais qualificados para a indicação, inserção e seguimento dessa modalidade contraceptiva.

## 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 para a mudança desse cenário. No Brasil, os ginecologistas e obstetras têm papel fundamental no aconselhamento contraceptivo, sendo decisivos na escolha dos métodos reversíveis de longa ação, caracterizados pelos dispositivos intrauterinos e pelo implante anticoncepcional. A grande abrangência decorrente do menor número de situações que contraindicam os métodos de longa ação deve ser enfatizada no aconselhamento contraceptivo de rotina. Por outro lado, os ginecologistas e obstetras devem adaptar-se às técnicas de inserção dos métodos de longa ação, bem como engajar-se na facilitação de condições para o acesso a esses contraceptivos por meio do sistema de saúde público e privado em nosso país. Essa série, 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 e propondo recomendações práticas de interesse na rotina do ginecologista e obstetra.

## Descritores

Anticoncepção; Anticoncepcionais; Dispositivos anticoncepcionais; Dispositivos intrauterinos; Progestinas

# INTRODUÇÃO

## PREVALÊNCIA E IMPACTO MÉDICO-SOCIAL DA GRAVIDEZ NÃO PLANEJADA

A gravidez não planejada é problema de saúde pública, atingindo grande número de mulheres no mundo e também no Brasil. A taxa média de gestação não planejada em países de baixa, média e alta renda está em torno de 35%, com variação de 13% a 82% a depender do desenvolvimento do país.<sup>(1)</sup> As maiores incidências estão na América Latina, Caribe e África,<sup>(2)</sup> atingindo atualmente valores acima de 60% das gestações. Gravidez não planejada é definida como aquela que é inoportuna ou indesejada no momento da concepção, podendo causar desfechos negativos tanto para a mãe como para o feto.<sup>(3)</sup> Planejar a gestação, evitando a gravidez indesejada, é fundamental para permitir que as pessoas, antes de tentarem conceber, tomem medidas para estar o mais saudáveis possível, como cuidados com sobrepeso e obesidade materna e paterna, má nutrição, tabagismo, consumo de álcool, uso de drogas, infecções de transmissão sexual, saúde mental precária e doenças crônicas.<sup>(4)</sup>

O conceito de “Uma Só Pergunta” propõe que as mulheres em idade reprodutiva sejam questionadas rotineiramente em cada consulta: “Você gostaria de engravidar no próximo ano?”. E, dependendo da resposta, elas devem ser aconselhadas com foco naquilo que desejam.<sup>(5)</sup> Isso garantiria que as mulheres que optam por evitar a gravidez tenham contracepção eficaz, segura, reversível e de longa ação nos casos em que a resposta seja acima de um ano ou naqueles em que nunca desejam engravidar.<sup>(6)</sup>

A gravidez não planejada não está associada com repercussões negativas apenas na saúde materno-fetal,<sup>(7)</sup> mas também a fatores econômicos e sociais.<sup>(7)</sup> As alterações mais observadas são a não realização adequada ou o início tardio do pré-natal, a não cessação ou interrupção do consumo do tabagismo/álcool/drogas, o aumento da incidência de abortamento, a prematuridade, o baixo peso do recém-nascido e a menor chance de aleitamento.<sup>(7,8)</sup> Além disso, essas mulheres apresentam duas vezes mais chances de ter doenças psiquiátricas como depressão e suicídio.<sup>(9)</sup>

No Brasil, em 2019, segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde, as mulheres correspondiam a 52,2% (109,4 milhões) da população residente e dados de plane-

jamento reprodutivo e contracepção foram realizados nelas com idade de 15 a 49 anos consideradas em idade reprodutiva.<sup>(8)</sup> Entre as mulheres sexualmente ativas, 80,5% (33,6 milhões) fizeram uso de algum método para evitar a gravidez no período de 12 meses, que variou conforme a idade – 15 a 24 anos (76,1%) e acima de 25 anos (80%).<sup>(8)</sup>

Nessa pesquisa, considerou-se o método atualmente usado pela mulher de acordo com sua eficácia, e foi constatado que 17,3% fizeram laqueadura e 4,4% usavam o dispositivo intrauterino (DIU), 9,8%, a injeção, 40,6%, a pílula anticoncepcional, 20,4%, a camisinha masculina, 0,6%, algum outro método como camisinha feminina, anel vaginal, adesivo e 1,2%, métodos como tabelinha ou coito interrompido.<sup>(8)</sup>

O tipo de método variou de acordo com a faixa etária. Entre as mulheres de 15 a 24 anos, 51% usavam pílula anticoncepcional, 17,2%, injeção e 2,8%, DIU. Entre as mulheres de 25 a 34 anos, 15,2% usavam métodos esterilização e 5,4%, DIU. Entre as mulheres de 35 a 49 anos, 38,7% realizaram laqueadura, 4,5% usavam DIU e cerca de 19,5% ou 8,1 milhões de mulheres não faziam uso de qualquer contraceptivo.<sup>(8)</sup> Essa pesquisa deixa claro que precisamos investir e oferecer como primeira opção contraceptiva os métodos de longa ação, pois isso causará um reflexo direto na redução dos casos de gestações não planejadas, que atualmente no Brasil estão acima de 60%.

Para que sejam atingidos os objetivos de desenvolvimento sustentável, países de baixa e média renda devem priorizar o planejamento familiar urbano seguro e eficaz, pois a gestação não planejada reduz as oportunidades de educação e trabalho e contribui para a redução do crescimento socioeconômico da pessoa e da sociedade e, conseqüentemente, para o agravamento das desigualdades sociais.<sup>(10)</sup>

A gestação não planejada também pode ser combatida por meio de programas de melhoria de qualidade de vida, sendo os mais eficazes e com os melhores resultados, tanto no plano social como no econômico, aqueles que atuam na formação do indivíduo e na sua educação. Também há necessidade de se implementarem medidas preventivas, como promover informações sobre saúde, melhorar e adequar os sistemas de atenção e ampliar as técnicas destinadas ao acompanhamento e tratamento da mulher.

Uma das principais causas de gestação não planejada é a necessidade não atendida de anticoncepção com o uso de métodos contraceptivos de curta ação ou ineficazes. A falta de métodos contraceptivos, a existência de poucas opções e o uso incorreto aumentam a chance de gravidez. Dessa forma, o método escolhido, a frequência e o tipo de uso ao longo do tempo podem reduzir esse risco. Já o emprego de métodos de longa ação é uma das principais intervenções para a redução de gestação não planejada, principalmente nos grupos de risco, devido a sua maior efetividade.



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 DIUs (de cobre, cobre e prata e sistema intrauterino liberador de levonorgestrel [SIU-LNG]) e pelo implante contraceptivo.<sup>(11)</sup>

Esse protocolo consiste na revisão da literatura com o objetivo de oferecer conhecimento teórico e prático sobre os LARC. Os tópicos selecionados relacionam-se a 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-ceto-desogestrel* (supplementary concept). A palavra-chave genérica *long acting reversible contraceptive* também foi utilizada. A legislação brasileira também foi consultada, incluindo o Código Civil e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), e 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 abril do ano de 2022. 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.

## PRINCÍPIOS DA CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO

### Eficácia

Em comparação com os métodos de curta ação, os LARC são superiores em termos de eficácia, propiciando taxas de gravidez de menos de 1% ao ano com o uso perfeito e o uso típico (A).<sup>(12)</sup> Uma das principais vantagens dos LARC em relação aos contraceptivos reversíveis de curta ação é a manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária.<sup>(13)</sup> Os LARC independem da ação da usuária 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 três anos (A).<sup>(14)</sup> O DIU de cobre 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).<sup>(15)</sup> Estudos recentes confirmam a alta eficácia do SIU-LNG, que tem sido associado a taxa de falha inferior a 0,1% por 100 mulheres/ano (D).<sup>(16)</sup>

## Indicações

Os LARC são recomendados para todas as mulheres que desejam contracepção eficaz, incluindo adolescentes, nulíparas, no pós-parto ou pós-aborto e na presença de comorbidades que são contraindicações aos métodos contendo estrogênios (A).<sup>(17)</sup> Dessa forma, a grande abrangência dos LARC pode ser atestada pelo pequeno número de contraindicações. A figura 1 demonstra as condições em que se recomenda e as em que não se recomenda o uso de LARC de forma discriminada (D).<sup>(18)</sup>

CONDIÇÃO CLÍNICA DA PACIENTE	SIU-LNG	DIU	IMPLANTE
48 horas a 4 semanas pós-parto	Amarelo	Amarelo	Verde
Imediato pós-aborto séptico	Vermelho	Vermelho	Verde
NTG – BHCG estável/diminuindo	Amarelo	Amarelo	Verde
NTG – BHCG elevado/malignidade	Vermelho	Vermelho	Verde
LES com anticorpo antifosfolípide (+)	Amarelo	Verde	Amarelo
TEV agudo, IAM, AVC e enxaqueca com aura durante o uso	Amarelo	Verde	Amarelo
Adenoma hepatocelular e hepatoma	Amarelo	Verde	Amarelo
Sangramento vaginal inexplicado	Vermelho	Vermelho	Amarelo
Mioma com distorção da cavidade uterina, anormalidades anatômicas, DIP atual, TB pélvica	Vermelho	Vermelho	Verde
Câncer de colo	Vermelho	Vermelho	Verde
Câncer de mama atual	Vermelho	Verde	Vermelho
Câncer de mama sem evidências de doença ativa por 5 anos	Amarelo	Verde	Amarelo

### Categorias:



Fonte: Adaptado de World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158><sup>(18)</sup>  
 DIU: dispositivo intrauterino; SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel; NTG: neoplasia trofoblástica gestacional; BHCG: gonadotrofina coriônica humana; LES: lúpus eritematoso sistêmico; AVC: acidente vascular cerebral; IAM: infarto agudo do miocárdio; TEV: tromboembolismo venoso; DIP: doença inflamatória pélvica; TB: tuberculose  
 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 o método de última escolha, com acompanhamento rigoroso.  
 Categoria 4: O método não deve ser usado. Risco inaceitável.

## Figura 1. Condições clínicas representadas por categorias dos Critérios de Elegibilidade Médica para Uso dos Anticoncepcionais

### Aceitação e continuidade

Os LARC mantêm sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária, diferente dos métodos contraceptivos reversíveis de curta ação que dependem do uso correto para atingir a eficácia (B).<sup>(19)</sup> Estudo com 7.221 mulheres no período reprodutivo, em 14 países europeus, mostrou que a conscientização sobre os LARC foi em torno de

73% e que os profissionais de saúde foram a fonte de informação mais confiável para a tomada de decisão contraceptiva, desempenhando papel fundamental na escolha, pois as informações transmitidas durante as consultas influenciam as escolhas contraceptivas das mulheres (B).<sup>(20)</sup> Pesquisas recentes mostram que as altas taxas de gestações não planejadas são reduzidas com a ampliação do acesso aos LARC (D).<sup>(21)</sup> No Projeto CHOICE de contracepção, a principal barreira para o não uso dos LARC – o custo – foi quebrada. O objetivo do Projeto CHOICE foi avaliar as taxas de satisfação e continuidade entre todos os métodos contraceptivos reversíveis, incluindo os LARC (B).<sup>(22)</sup> Os resultados do CHOICE mostraram que as taxas de continuidade e satisfação foram maiores em todas as faixas etárias entre as usuárias de LARC, quando comparadas com as usuárias dos métodos contraceptivos de curta ação (86,2% *versus* 54,7% e 83,7% *versus* 52,7%, respectivamente). A maioria das participantes tinha baixa renda e elevado risco para gestações não planejadas, e 41,8% das participantes do estudo já haviam praticado, pelo menos, um aborto (B).<sup>(22)</sup> Vale ressaltar, também, que a taxa de descontinuidade global foi maior entre as adolescentes (14-19 anos de idade), em comparação com as mulheres adultas (>25 anos de idade). Além disso, dois terços das adolescentes usuárias de LARC continuaram com seu método, enquanto apenas um terço das usuárias dos métodos de curta ação 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 (B).<sup>(22)</sup> Conforme observado nessa pesquisa, as mulheres que foram aconselhadas e atendidas levando-se em consideração os desejos e expectativas delas, antes do uso do LARC, foram mais propensas a continuar com o método (B).<sup>(23)</sup> O quadro 1<sup>(18,22)</sup> evidencia a maior taxa de continuidade entre as usuárias dos LARC do que entre as usuárias dos métodos de curta ação, durante dois anos (B).<sup>(24,25)</sup>

### Quadro 1. Taxa de continuidade dos métodos contraceptivos reversíveis, no primeiro e segundo ano de uso, de acordo com diferentes estudos

MÉTODO	OMS <sup>(18)</sup> 1 ANO	CHOICE <sup>(22)</sup> 1 ANO	CHOICE <sup>(22)</sup> 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%

Fonte: World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158><sup>(18)</sup>; 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.<sup>(22)</sup>  
OMS: Organização Mundial da Saúde; DIU: dispositivo intrauterino; SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel

Nessa pesquisa, em três diferentes países, foi observada taxas de continuidade de variando de 82% a 90% no primeiro ano de uso (B),<sup>(26)</sup> em acordo com outras

populações estudadas que mostraram taxas de continuidade acima de 80% no primeiro ano de uso, reforçando que esses dados sempre estão associados ao adequado aconselhamento prévio sobre todos os métodos anticoncepcionais (C).<sup>(27)</sup> Estudo nacional observou que mais mulheres mantêm o uso dos LARC e acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) até a menopausa do que optam por esterilização cirúrgica, seja nelas ou nos parceiros. Os autores atribuem a elevada taxa de continuidade dos LARC e do AMPD observada no estudo à adequada orientação em relação à alta eficácia desses métodos (B).<sup>(28)</sup>

Quando há início do LARC no período pós-parto, as taxas de continuidade são maiores, bem como os índices de satisfação. Instituições que apresentam residência médica de ginecologia e obstetrícia devem ter ambulatórios de planejamento familiar para aconselhar essas puérperas no pós-parto imediato (C).<sup>(29)</sup> Entre adolescentes sexualmente ativas casadas ou em união estável, o uso dos LARC apresentou crescimento, mas ainda há necessidade de maior conhecimento e conscientização por parte das pacientes e dos profissionais de saúde que colocam barreiras ao uso dos LARC, principalmente relacionadas à nuliparidade e à idade (B).<sup>(30)</sup>

## **ACONSELHAMENTO E BARREIRAS PARA O ACESSO AOS LARC**

Inúmeras são as vantagens dos LARC, porém seu uso ainda é abaixo do esperado devido a mitos entre as pacientes e os profissionais de saúde. O aconselhamento é fundamental para aumentar a taxa de continuidade do método. Estudo nacional avaliando a eficácia de aconselhamento convencional *versus* aconselhamento intensivo entre mulheres que optaram pelo uso de LARC 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 no aconselhamento intensivo, além das informações do aconselhamento convencional, era entregue um folheto com um 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 para ajudar a melhorar as taxas de continuação e satisfação entre a maioria das novas usuárias de LARC (A).<sup>(31)</sup> Por outro lado, estudo comparando a aceitação dos LARC entre mulheres pós-aborto submetidas a uma entrevista motivacional *versus* aconselhamento comum (controle) observou que mais que o dobro de mulheres do grupo intervenção optaram e continuaram em uso dos LARC (60% vs. 31%). A entrevista motivacional é um tipo

de aconselhamento centrado na paciente que incluiu escuta reflexiva e discussão aberta sobre as vantagens e desvantagens dos métodos contraceptivos, sempre evitando o confronto, para promover uma motivação da própria paciente para a mudança de comportamento. As mulheres do grupo intervenção relataram, também, maiores taxas de satisfação com o aconselhamento do que as mulheres do grupo controle (92% vs. 65%) (A).<sup>(32)</sup> 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).<sup>(33)</sup> Assim, o importante é orientar 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 a duração, a eficácia e o local de implantação de todos os LARC por meio de um profissional treinado (B).<sup>(34)</sup> Após essa orientação e eliminado o custo das medicações, das 5.087 mulheres incluídas no estudo, 68% optaram por LARC e apenas 23% optaram por contraceptivos hormonais combinados e 8%, por acetato de medroxiprogesterona (B).

O treinamento dos profissionais de saúde também é fundamental para reduzir as barreiras e ampliar o acesso aos LARC. Estudo conduzido em 40 serviços de planejamento familiar, para a população de baixa renda, em diversas cidades americanas, observou que o treinamento dos prestadores de serviço aumentou o aconselhamento, a seleção e o início do uso de LARC entre adolescentes e adultas jovens, em comparação com as mulheres dos serviços que não receberam o treinamento (início do uso de LARC: 27% vs. 12% para adolescentes e 28% vs. 18% para jovens adultas). 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).<sup>(35)</sup> O Colégio Americano de Obstetria e Ginecologia (ACOG) recomenda que os profissionais de saúde orientem sobre os LARC em todas as consultas de adolescentes com vida sexual ativa. Os LARC devem ser a primeira linha de opção contraceptiva para elas, devido ao alto risco de gestação não planejada nessa faixa etária (D).<sup>(36)</sup> A experiência e o treinamento de profissionais de saúde com os LARC são diretamente proporcionais à oferta deles. Estudo com mais de 1.000 ginecologistas e obstetras americanos demonstrou que 95% dos entrevistados oferecem DIUs às pacientes, enquanto apenas metade dos entrevistados oferece o implante contraceptivo. Durante a residência médica, 92% dos médicos foram treinados para indicar DIUs, enquanto apenas 50% foram treinados para recomendar 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 para inserção como uma barreira (B).<sup>(37)</sup> Estudo

com mais de 200 ginecologistas e obstetras da América Latina sobre conhecimentos de DIUs observou deficiências e contradições sobre seus conhecimentos e atitudes. Dez por cento dos participantes não reconheceram a alta eficácia dos LARC, 80% responderam que eles não oferecem DIUs para nulíparas e quase 10% não os oferecem para adolescentes, apesar de 90% dos entrevistados relatarem que nulíparas são candidatas ao uso do SIU-LNG (B).<sup>(38)</sup> Além da importância do adequado aconselhamento para ampliar o acesso aos LARC, outras barreiras precisam ser ultrapassadas, como o alto custo das medicações. Apesar de estudos evidenciarem que os LARC são os métodos reversíveis mais custo-eficazes, eles ainda são inacessíveis para a parcela da população de baixa renda (B).<sup>(39)</sup> A barreira mais comumente citada por especialistas para o uso de LARC 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).<sup>(40)</sup>

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, INDICAÇÕES E MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS COM OS MÉTODOS REVERSÍVEIS DE LONGA AÇÃO**

### **Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (52 mg)**

O sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG) possui um reservatório com 52 mg de LNG, mede 32 mm de comprimento e libera 20 µg de LNG por dia. Cerca de 15 minutos após a inserção, o LNG presente no dispositivo 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, tempo preconizado pelo fabricante para o uso do SIU-LNG (D).<sup>(41)</sup> Em 2016, um ensaio clínico randomizado<sup>(42)</sup> sobre TCu 380A demonstrou a segurança e a eficácia do SIU-LNG 52 mg por sete anos. O FDA (*Food and Drug Administration*) aprovou em 2022, o uso do Mirena por 8 anos nos Estados Unidos. ([fda.gov NDA 021225/S-042](https://www.fda.gov/oc/2022/04/22-fda-approves-8-year-use-of-mirena)). Os principais mecanismos de ação do SIU-LNG 52 mg 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 LNG no endométrio impedindo a resposta ao estradiol circulante;
- Forte efeito antiproliferativo no endométrio;
- Inibição da atividade mitótica do endométrio.

Como resultado dessas ações contraceptivas, a eficácia do SIU-LNG é muito alta; em vários estudos clínicos representando mais de 100.000 mulheres/ano/uso, obteve-se índice de Pearl de 0,1 (A).<sup>(43)</sup> Portanto, o SIU-LNG possui ótima eficácia contraceptiva e apresenta desempenho equivalente no uso “típico” e “habitual” (A e B).<sup>(44)</sup> A sua taxa de satisfação mostrou índices superiores a 75% no primeiro ano (A).<sup>(45)</sup> Um dos principais efeitos do SIU-LNG 52 mg é a ação local sobre o endométrio, levando à atrofia endometrial. Essa atrofia endometrial possibilita o aparecimento de efeitos clínicos como a amenorreia e/ou oligomenorreia (A).<sup>(44)</sup> Assim, além da contracepção, o SIU-LNG 52 mg apresenta outros efeitos benéficos como:

- Aumenta a concentração de hemoglobina;
- É um tratamento eficaz para sangramento uterino anormal sem causa orgânica;
- Reduz o número de histerectomias por sangramento uterino anormal;
- Evita a anemia;
- Proporciona proteção endometrial para terapia hormonal no climatério;
- 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. O SIU-LNG parece oferecer bons resultados na melhora dos sintomas e do padrão menstrual em mulheres com endometriose e miomas uterinos (B).<sup>(46)</sup>

### **SIU-LNG 52 mg: miomas uterinos e adenomiose**

O SIU-LNG 52 mg é bastante efetivo na redução do sangramento menstrual em mulheres portadoras de mioma uterino.<sup>(47)</sup> Já foi demonstrado que, após a inserção do SIU-LNG em mulheres com sangramento menstrual aumentado derivado de miomas uterinos, se observa um tempo maior para obter oligomenorreia ou amenorreia, em comparação com mulheres com fluxo menstrual normal.<sup>(48,49)</sup> Porém, o SIU-LNG parece melhorar o padrão menstrual tanto em portadoras de miomas uterinos quanto naquelas que apresentam sangramento uterino aumentado sem causas estruturais.<sup>(49)</sup> O uso do SIU-LNG em mulheres na perimenopausa com miomas sintomáticos está associado a menor número de histerectomias e a alto nível de satisfação.<sup>(49,50)</sup> A adenomiose frequentemente se associa a sangramento uterino aumentado, dismenorreia secundária e aumento do volume uterino.<sup>(51)</sup> Nos últimos anos, o uso do SIU-LNG em mulheres com adenomiose tem se mostrado como boa alternativa, com resultados

clínicos expressivos, com diminuição do sangramento menstrual e discreta diminuição do volume uterino.<sup>(48,49,51-53)</sup> A possível explicação fisiopatológica para esses resultados parece ser a diminuição da espessura da zona juncional do útero.<sup>(54)</sup>

### **SIU-LNG 52 mg: manejo de intercorrências**

A orientação antecipatória dos possíveis efeitos adversos 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 se perceba a possibilidade de uma complicação. Os efeitos adversos mais comuns são:

- Expulsão do dispositivo;
- Dor pélvica ou sangramento irregular;
- Perfuração uterina;
- Gravidez ectópica;
- Gravidez tópica.

Os sinais de possíveis complicações que devem fazer com que a usuária 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, logo após a inserção: podem 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 SIU-LNG em expulsão: podem indicar gravidez intra ou extrauterina, embora seja raramente observada;



- Fios do SIU-LNG mais longos: podem significar que houve deslocamento do dispositivo ou mesmo gestação.
- Fios do SIU-LNG não visíveis: é muito comum a não observação do fio se exteriorizando pelo colo uterino alguns meses após a inserção, mesmo em SIU-LNG bem posicionado.

### **SIU-LNG e infecções**

As infecções bacterianas parecem ser devidas à contaminação da cavidade endometrial no momento da inserção do SIU-LNG (primeiros 20 dias), sendo que a ocorrência de doença inflamatória pélvica (DIP) aguda é decorrente da atividade sexual sem o uso de preservativos (C).<sup>(55)</sup> A administração de doxiciclina (200 mg) ou azitromicina (1 g) uma hora antes da inserção do SIU pode proteger contra infecções pélvicas, mas NÃO há recomendação de antibioticoprofilaxia de rotina para inserção de qualquer DIU ou SIU. 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 DIP em usuárias do SIU-LNG é mais baixa, quando comparadas às usuárias do TCU 380A (0,5% e 2,0%, respectivamente). Já há metanálise mostrando que o SIU-LNG 52 mg é protetor para DIP. Em pacientes com idade entre 17 e 25 anos, a prevalência de DIP é de 5,6% nas usuárias do TCU 380A e de 0,3% nas usuárias do SIU-LNG,<sup>(55)</sup> sendo essa diferença significativa (C). Concluindo, o risco de desenvolvimento de DIP associada a DIUs está relacionada ao momento da inserção e é bastante baixo (B).<sup>(56)</sup>

### **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).<sup>(56)</sup> A perfuração geralmente ocorre quando o SIU-LNG não é inserido na direção da cavidade uterina ou quando o comprimento da cavidade endometrial (histerometria) não é adequadamente aferido. No momento da perfuração, a paciente refere dor forte, devendo o procedimento de inserção ser interrompido. O SIU-LNG deve ser removido por meio da tração delicada dos fios, o que resolve a grande maioria dos casos. A perfuração pode ser parcial ou completa. A maioria das perfurações cicatriza espontaneamente, não exigindo intervenção cirúrgica. O ultrassom transvaginal pode auxiliar na localização do SIU. Nos casos de perfuração parcial, quando as manobras de tração dos fios não obtiverem sucesso, a histeroscopia está indicada para a remoção do dispositivo. 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).<sup>(57)</sup>

## **SIU-LNG e gravidez ectópica**

*Committee on Adolescent Health Care Long-Acting Reversible Contraception Working Group*<sup>(36)</sup> (A) encontraram taxa de gravidez ectópica de 0,2 mulher/ano após cinco anos de uso do SIU-LNG, em comparação com 2,5 mulheres/ano em uso do DIU de cobre T. Outros estudos não observaram a ocorrência de gestações ectópicas em pacientes em uso de SIU-LNG. Esses números representam uma redução de 80% a 90% no risco de gravidez ectópica, em comparação com mulheres que não utilizam contracepção. Para gravidez ectópica, o índice de Pearl aproximado é de 0,02 por 100 mulheres por ano (D).<sup>(33)</sup>

Assim, o risco de gravidez ectópica em usuárias de SIU-LNG é inferior a 0,25% em cinco anos de uso (B).<sup>(56)</sup>

## **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).<sup>(58)</sup>

Se os fios do dispositivo são visíveis no exame especular (gestação menor ou igual a 12 semanas), eles devem ser retirados delicadamente por tração suave e contínua. No caso de fios não visíveis no 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. Nesses casos, é importante o aconselhamento da gestante, ressaltando-se que essa gestação possui risco aumentado de abortamentos, 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.

## **SIU-LNG e acne**

A ocorrência de acne (12%), ganho de peso (7%), humor depressivo (5%) e cefaleia (5-10%) são infrequentes e, na maioria das vezes, não necessitam da retirada do SIU-LNG para o seu tratamento (D).<sup>(59)</sup> Os casos graves são raros e a usuária deve ser orientada a retirar o SIU-LNG apenas quando não houver melhora clínica com o uso

de espironolactona (100 mg/dia por três meses), nos casos leves e moderados, e/ou ácido retinoico, nos casos de sintomatologia mais intensa (C).<sup>(60)</sup>

### **Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (19,5 mg)**

Em 2017, foi lançada uma nova versão do SIU-LNG com menor taxa de liberação hormonal diária: 12 mcg/dia no primeiro ano de uso. Esse SIU-LNG chegou ao Brasil em 2020.

O mecanismo de ação é o mesmo para as duas versões: há efeitos sobre o muco cervical, com efeitos endometriais, inibição da motilidade espermática, reação a corpo estranho e mecanismos moleculares. Há pequena absorção sistêmica de LNG, causando efeito mínimo no eixo hipotálamo-hipófise-ovariano, com mais de 85% das mulheres ovulando durante o seu uso.<sup>(61)</sup>

A eficácia contraceptiva do SIU-LNG é comparável à esterilização feminina, com índice de Pearl de 0,2 no primeiro ano e taxa cumulativa de falha de 0,7 com cinco anos de uso. A durabilidade contraceptiva do método é de cinco anos.

O SIU-LNG 19,5 mg é recomendado exclusivamente para contracepção, particularmente indicado para nulíparas, adolescentes e adultas jovens, devido ao tamanho reduzido do dispositivo e de seu insertor, porém pode ser indicado para todas as mulheres com útero saudável.

Apesar da recomendação oficial do fabricante para o uso do SIU-LNG 19,5 mg ter como objetivo apenas a contracepção, o efeito sobre o padrão de sangramento e o controle de cólicas parece o mesmo do SIU-LNG 52 mg, com taxas similares de amenorreia nas usuárias (Tabela 2).<sup>(62-64)</sup>

Os percentuais descritivos deixam claro que tanto a utilização do SIU-LNG 19,5 mg quanto a utilização do SIU-LNG 52 mg reduzem o sangramento uterino, seja durante o seguimento de um ano ou de cinco anos de uso de 19,5 mg de SIU-LNG (Tabela 3).<sup>(62-64)</sup> Essas informações podem auxiliar as mulheres que desejam ter ciclos mais curtos ou de menor volume a fazer a escolha do método contraceptivo de longa ação.

Em relação à satisfação e à aceitabilidade, 96% das mulheres em uso do SIU-LNG 19,5 mg disseram estar muito satisfeitas ou parcialmente satisfeitas com o uso do método, sendo 76% delas muito satisfeitas ou parcialmente satisfeitas com o seu padrão de sangramento.<sup>(65)</sup> Em uma análise comparando a satisfação das usuárias com o uso do DIU de cobre e com o uso do SIU-LNG, houve satisfação com os métodos em mais de 80% e 85%, respectivamente.

Não existem ensaios clínicos randomizados ou quasi-experimentos comparando os SIU-LNG 19,5 mg e 52 mg para os desfechos satisfação e aceitabilidade, bem como taxa de descontinuação.

**Tabela 2. Padrão de sangramento ao longo de 1 ano com o uso do SIU-LNG 19,5 mg e 52 mg**

TITULAÇÃO DO SIU-LNG	19,5 MG	52 MG
<b>0 dia de sangramento e/ou sangramento de escape*</b>		
1º mês	7%	9%
2º mês	27%	32%
3º mês	39%	43%
12º mês	59%	65%
<b>Poucos dias de sangramento**</b>		
1º mês	38%	43%
2º mês	59%	66%
3º mês	68%	70%
12º mês	89%	89%
<b>Sangramento e/ou sangramento de escape prolongado***</b>		
1º mês	40%	36%
2º mês	23%	17%
3º mês	16%	14%
12º mês	3%	4%

SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

\*Sangramento sem necessidade de uso de protetor de calcinha. \*\*4 dias, incluindo 0 dia de sangramento e/ou sangramento de escape/mês. \*\*\*≥ 8 dias de sangramento e/ou sangramento de escape/mês.

**Tabela 3. Padrão de sangramento ao longo de 1 ano de uso do SIU-LNG 19,5 mg**

<b>PADRÃO DE SANGRAMENTO AO LONGO DE 1 NO DE USO DO SIU-LNG 19,5 MG</b>	
<b>0 dia de sangramento e/ou sangramento de escape/mês*</b>	
1º mês	<1%
12º mês	24,0%
<b>Poucos dias de sangramento/mês**</b>	
1º mês	6,2%
12º mês	54,1%
<b>Sangramento e/ou sangramento de escape prolongado/mês***</b>	
1º mês	86,3%
12º mês	21,3%

SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonorgestrel.

\*Sangramento de escape é definido como sangramento sem necessidade de uso de protetor de calcinha. \*\* 4 dias, incluindo 0 dia de sangramento e/ou sangramento de escape/mês. \*\*\*≥ 8 dias de sangramento e/ou sangramento de escape/mês.

Pelo observado acima, a maioria das mulheres tem padrão menstrual favorável, com diminuição do fluxo menstrual em 74% a 98%, seguida de amenorreia em até 60% das usuárias no final do primeiro ano de uso. Outros efeitos adversos incluem alguns efeitos sistêmicos, como acne, cefaleia, mastalgia e depressão. Esses

efeitos têm baixa incidência e parecem ser máximos no terceiro mês após a inserção, com redução gradual posteriormente.<sup>(61)</sup>

## **DIU de cobre**

Os DIUs são os métodos de longa ação mais conhecidos, sendo os DIUs de cobre os mais utilizados em todo o mundo (D).<sup>(66)</sup> 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).<sup>(67,68)</sup> Além disso, o aumento de leucócitos e citocinas na cavidade uterina reduz drasticamente a probabilidade de fertilização (A).<sup>(69)</sup> Embora pouco utilizados ainda em nosso país (menos de 5% das mulheres ativas sexualmente usam DIUs), são métodos com alta eficácia, baixo custo e de fácil inserção/remoção (B).<sup>(70,71)</sup>

Os DIUs de cobre não contêm hormônios, e o formato mais utilizado atualmente é o DIU TCu 380.

O DIU TCu 380 tem durabilidade de 10 anos e índice de Pearl baixo (1 gravidez ou menos em cada 100 usuárias no primeiro ano de uso, acumulando taxa de 3 a cada 100 usuárias após cinco anos) (B).<sup>(70)</sup> A taxa acumulada de gravidez em 20 anos em uma clínica brasileira foi de 4 em cada 100 mulheres/ano (B).<sup>(72)</sup> Grandes estudos clínicos randomizados mostraram que os DIUs de cobre permanecem efetivos por 12 a 13 anos (A).<sup>(73)</sup>

## **Inserção do DIU de cobre**

Tradicionalmente, os DIUs são inseridos durante o período menstrual, pois se acredita que o canal endocervical se encontra 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, na ausência de infecção (A).<sup>(73)</sup> Durante muito tempo, a nuliparidade foi motivo de contra-indicação do uso dos DIUs. Estudos recentes, entretanto, têm apontado para o fato de que não há maior dificuldade na inserção dos DIUs em nulíparas (as taxas de falha de inserção são semelhantes às das múltíparas) e de que a aceitação, a tolerabilidade e a dor em relação ao uso do método pelas mulheres são semelhantes às das mulheres com gestações anteriores (B).<sup>(74)</sup> Sabe-se, porém, que esse é um grupo em que há ligeiro aumento nas taxas de expulsão nos primeiros seis meses (B).<sup>(74)</sup> Atualmente,

a Organização Mundial de Saúde (OMS) considera categoria 2 dos critérios de elegibilidade, ou seja, os benefícios superam possíveis riscos (D).<sup>(18)</sup>

### **Medicações para facilitar a inserção do DIU**

Um dos principais fatores limitantes para o uso do DIU é a dor durante a inserção. Medicamentos como misoprostol, anti-inflamatórios não esteroidais (AINEs) e anestésicos locais têm sido utilizados para tentar minimizar essa dor. Revisão sistemática recente encontrou 15 estudos clínicos randomizados sobre esse tema (A).<sup>(75)</sup> As evidências não mostraram maior facilidade para inserção, redução da necessidade de técnicas de dilatação do colo uterino ou maiores taxas de sucesso (A).<sup>(75)</sup> Apenas um estudo com mulheres que tinham apresentado falha na inserção mostrou que, no grupo que usou misoprostol antes do procedimento, as taxas de sucesso foram maiores que no grupo que usou placebo (A).<sup>(76)</sup> O uso de diclofenaco mais lidocaína a 2% intracervical também não mostrou efeito positivo sobre a inserção (A).<sup>(77)</sup>

### **Aceitabilidade do DIU TCU 380**

Estudo australiano recente acompanhou uma coorte de 211 usuárias de DIU TCU 380 entre 2009 e 2012. Um terço tinha menos de 30 anos e 36,5% eram nulíparas. As principais razões para a escolha foram a alta eficácia e o desejo de não querer usar método hormonal. A taxa de continuação foi de 79,1% e 61,3% no final de um e três anos, respectivamente (B).<sup>(78)</sup>

### **Sangramento irregular com DIU de cobre**

Não se sabe ao certo porque os DIUs de cobre aumentam o sangramento uterino. É possível que isso ocorra devido ao aumento da vascularização subendometrial das usuárias desse método (D).<sup>(79)</sup> Estudo comparativo entre usuárias de DIU Cu 380 e SIU-LNG 52 mg 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).<sup>(80)</sup> Nenhum estudo mostrou resultados satisfatórios no tratamento do sangramento irregular com DIU de cobre. Empiricamente, na tentativa de 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 por falta de assepsia na inserção, e o uso de antibiótico de amplo espectro pode melhorar o sangramento irregular, pois trata endometrites subclínicas.

## DIU de Cobre e Prata



**Figura 3. DIU de prata e cobre 380 mm<sup>2</sup>**

Embora o DIU de prata (composto de cobre e prata 380 mm<sup>2</sup>) tenha sido comercializado como uma evolução do DIU de cobre, na realidade existem relatos desde a década de 1980. Entretanto, estudos clínicos e sérios envolvendo o uso desse dispositivo são escassos. A associação da prata ao cobre tem como objetivo diminuir a fragmentação do cobre, o que, na prática, não muda o padrão de sangramento nem a incidência de dismenorrea nas usuárias. Um estudo egípcio<sup>(81)</sup> comparou o padrão de sangramento e a satisfação das usuárias de DIU de cobre 375 mm<sup>2</sup> ou DIU de prata e cobre 380 mm<sup>2</sup>, encontrando dados mais favoráveis de sangramento para o DIU de cobre, possivelmente pela menor quantidade de cobre. No período de um ano de seguimento, as diferenças entre os grupos foram pequenas e não favoreceram o modelo contendo prata. Outro estudo,<sup>(82)</sup> ainda na década de 1980, randomizado e multicêntrico, envolvendo 884 mulheres seguidas por três anos, mostrou taxa de gestação de 1,8% e 0,6% e taxa de continuação de uso de 67,4% e 61,4%, respectivamente para o DIU de cobre 375 mm<sup>2</sup> e para DIU de prata e cobre 380 mm<sup>2</sup>. Mais uma vez, esses resultados foram associados à quantidade de cobre, e não à presença da prata.

É importante destacar que o modelo comercializado no Brasil, embora contenha 380 mm<sup>2</sup> de cobre, tem aprovação para cinco anos de uso, e não para 10 anos, como no modelo contendo apenas 380 mm<sup>2</sup> de cobre. É possível que essa menor duração seja devida à falta de estudos de até 10 anos de seguimento. Não existem dúvidas na literatura<sup>(83)</sup> de que todos os DIUs contendo 380 mm<sup>2</sup> são mais eficazes que os demais modelos de DIUs de cobre. Destaca-se o formato em Y do DIU de prata, um pouco diferente do DIU de cobre, no formato em T. Esse DIU contém uma armação de polietileno com bário pesando 348 mg, o que o torna radiopaco. O fio

de cobre recobre apenas o braço vertical e possui núcleo de prata. O fio acoplado à base da haste é de *nylon*, monofilamentar, o que minimiza os riscos de infecções (Figura 3). Os critérios de elegibilidade para inserção do DIU de prata são exatamente os mesmos que para os demais DIUs de cobre (não hormonais), não havendo nenhuma situação específica de indicação.

## **Implante de etonogestrel (ENG)**

### **Implante subdérmico**

No Brasil, o único implante aprovado para contracepção é o Implanon NXT®, que é um bastão único, com cerca de 4 cm de comprimento por 2 mm de espessura, contendo 68 mg de ENG, metabólito biologicamente ativo do desogestrel, envolvido em uma membrana de acetato de etileno vinil radiopaco (B).<sup>(84)</sup> Sua ação contraceptiva dura três anos e sua inserção é subdérmica, realizada preferencialmente na porção posteromedial do braço não dominante, abaixo do sulco entre o bíceps e o tríceps. O progestagênio, liberado de forma contínua, inibe a ovulação, além de provocar alterações no muco cervical e no endométrio (C).<sup>(85,86)</sup> O índice de Pearl no primeiro ano é de 0,05%. É considerado um LARC e, após a sua remoção, há rápido retorno à fertilidade.<sup>(87)</sup> Após a remoção do implante, os níveis séricos tornam-se indetectáveis em menos de sete dias, e a maioria das mulheres apresenta ovulação e pode engravidar dentro de poucos dias após a remoção do implante (B).<sup>(88)</sup> 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.

### **Manejo de intercorrências e eventos adversos**

Seguimento de mais de 900 mulheres por três anos (C)<sup>(89)</sup> mostra 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 maior concentração (de 60 a 70 mcg/dia) (B).<sup>(90,91)</sup> Caracteriza-se por cefaleia mais ao final do dia, sem características de hemicrânia e, quando necessário, melhora com analgésicos comuns (C).<sup>(92)</sup> Outra queixa é a mastalgia (10%), porém, no caso do implante, também é mais frequente nesse período (seis primeiras semanas) e geralmente é bem tolerada, necessitando, na maioria das vezes, somente de tranquilização de que não há risco de algo maligno. Se necessário, melhora muito com analgésicos comuns (C).<sup>(92)</sup>

Quanto ao ganho de peso, queixa de 12% das pacientes, é importante notar que esse ganho com métodos de progestagênio isolado é similar, segundo metanálise.

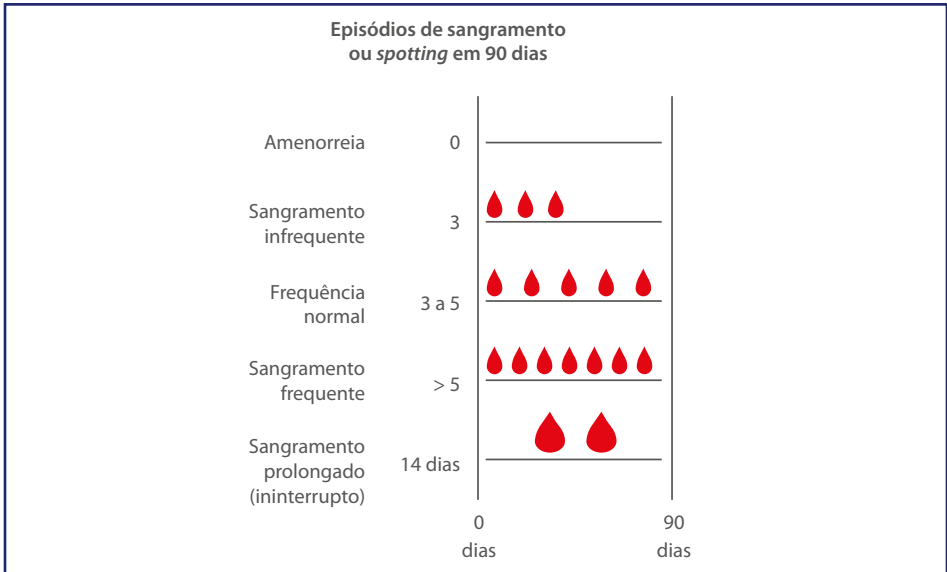


lise, e encontrado em mulheres que estão usando outros métodos contraceptivos hormonais e não hormonais (A).<sup>(93)</sup> O estudo CHOICE mostrou que não houve diferença em termos de ganho de peso entre os LARC (DIU de cobre; SIU-LNG e implante de ENG) durante o primeiro ano de seguimento (B).<sup>(94)</sup> 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).<sup>(92)</sup>

A acne enquanto evento adverso foi relatada por 11% das usuárias. As mulheres com maior probabilidade de se queixar de acne são as antigas usuárias de anticoncepcional hormonal combinado, pois o etinilestradiol do composto tem efeito benéfico sobre a acne, por aumentar a globulina transportadora de hormônios sexuais (SHBG), diminuindo a testosterona livre<sup>(95)</sup> e seus efeitos na pele (B). O implante liberador de ENG, por outro lado, tem efeito neutro sobre a SHBG (C).<sup>(86)</sup> Assim, a substituição do método combinado pelo implante faz com que os níveis de SHBG baixem rapidamente, subindo os níveis de testosterona livre. Não existe nenhum estudo que avaliou o uso de drogas antiandrogênicas em acne de usuárias de métodos de progestagênio isolado, porém, para o manejo desse evento adverso, pode-se usar inicialmente 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).<sup>(96)</sup>

Como o implante liberador de ENG não realiza qualquer inibição no hormônio folículo-estimulante (FSH) (C),<sup>(85,86)</sup> a presença de cistos foliculares pode ocorrer em cerca de 25% das usuárias após 12 meses (C),<sup>(97)</sup> 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 AINEs pode ser indicado (C).<sup>(92)</sup>

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, que é a principal causa de desistência do método.<sup>(98)</sup> Para discutir sangramento irregular, é importante conhecer os padrões de sangramento vaginal induzido por métodos contraceptivos<sup>(99)</sup> referidos pela OMS (C), apresentados na figura 4, 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 por dia) pelo período de 90 dias.



Fonte: Adaptado de Belsey EM, Machin D, d'Arcangues C. The analysis of vaginal bleeding patterns induced by fertility regulating methods. World Health Organization Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction. Contraception. 1986;34:253-60.<sup>(99)</sup>

#### **Figura 4. Padrões de sangramento vaginal induzido por métodos contraceptivos**

Há melhor aceitação do sangramento que ocorre na vigência do implante se houver aconselhamento adequado pelo médico e esclarecimento de que o padrão de sangramento com os implantes não produz necessariamente amenorreia (B).<sup>(98)</sup> Consideram-se padrão de sangramento favorável as pacientes que apresentam amenorreia, sangramento infrequente e sangramento regular, ao passo que os sangramentos frequente e prolongado são considerados desfavoráveis. Como pode ser visto no quadro 2, a grande maioria das mulheres apresentará padrão favorável de sangramento, somente entre 20% e 25% delas apresentarão padrão desfavorável (sangramento frequente ou prolongado) (C).<sup>(100,101)</sup>

#### **Quadro 2. Padrão de sangramento com o uso de implante liberador de ENG**

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

Fonte: 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.<sup>(100)</sup> Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2008;13(Suppl 1):13-28.<sup>(101)</sup> ENG: etonogestrel

## Como manejar o sangramento irregular?

- Orientar o padrão de sangramento esperado previamente à inserção (B).<sup>(98)</sup>
- 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).<sup>(101)</sup>
- Descartar outras causas de sangramento se o padrão se mantiver desfavorável após seis meses ou aparecer dor associada (B).<sup>(102)</sup>
- Tratar sempre que necessário.

Medicações que podem ser utilizadas e que os trabalhos mostraram ser melhores que placebo, porém com forças de evidência diferentes: <sup>(102,103)</sup>

- 30 mcg de etinilestradiol + 150 mcg de LNG por um a três ciclos, com ou sem pausa entre as cartelas (A);
- Ácido tranexâmico 500 a 1.000 mg de oito em oito horas por cinco a sete dias (A). O tratamento pode ser repetido quantas vezes forem necessárias, porém não deve ultrapassar sete dias cada um deles;
- Doxiciclina 100 mg de 12 em 12 horas por cinco a sete dias (C). A ação aqui é de diminuição de metaloproteinases, e não a ação antibiótica conhecida; AINEs (C). Os mais estudados foram:
  - Ibuprofeno: 400 mg de oito em oito horas por cinco dias;
  - Ácido mefenâmico: 500mg de oito em oito horas por cinco dias;
  - Celecoxibe: 200 mg por dia por cinco 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 etinilestradiol em dose de 50 mcg/dia foi eficaz na diminuição do sangramento em usuárias de implantes liberadores de LNG;<sup>(101)</sup>
- Progestagênios isolados (D): apesar de não existirem ainda trabalhos comparando-os com placebo, têm sido cada vez mais utilizados:
  - Desogestrel 75 mcg/dia, por um a três ciclos;

- Noretisterona 10 mg de 12 em 12 horas por 21 dias;
- AMPD 10 mg de 12 em 12 horas por até 21 dias.

## SITUAÇÕES ESPECIAIS PARA USO DOS LARC

### Adolescentes e nuligestas

As taxas mais altas de gestação na adolescência do que em adultas podem ser atribuídas ao fato de as formas mais populares de contracepção empregadas por essa faixa etária dependerem do uso correto para sua efetividade. Adolescentes se esquecem com mais frequência de usar os contraceptivos orais, dependem economicamente dos pais e, muitas vezes, não têm maturidade suficiente para gerenciar o uso continuado de medicamentos. Adolescentes desejam método seguro e efetivo de contracepção, mas encontram barreiras ao conhecimento de diferentes opções e ao seu acesso. 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 o DIU como método apropriado para adolescentes, e 50% inseririam o DIU em uma adolescente de 17 anos com um filho e apenas 19% o fariam em uma adolescente de mesma idade sem filhos, o que vai totalmente contra as orientações disponíveis (B).<sup>(104)</sup>

Atualmente, as formas mais populares de contracepção em adolescentes são os preservativos e o método de retirada (coito interrompido), seguidos pelas pílulas (B).<sup>(105)</sup> Somente 3,6% das mulheres entre 15-19 anos usam DIU. O uso de métodos menos confiáveis provavelmente contribui para a taxa de gestação indesejada entre adolescentes de 15-19 anos de idade. A idade, bem como a paridade, não representa contraindicação ao uso dos LARC. Assim, eles são indicados em adolescentes e nuligestas (D).<sup>(18)</sup> Existem poucos estudos sobre implantes em adolescentes. Obijuru e colaboradores (B),<sup>(106)</sup> em estudo retrospectivo (2010 a 2013), avaliaram 116 registros de adolescentes usuárias de implantes de ENG que faziam seguimento em uma clínica de adolescentes. Nesse grupo, apesar de 39% das participantes relatarem uso prévio de contraceptivos orais e 27% relatarem uso prévio de AMPD, somente 14% das pacientes estavam em uso do método no momento da inserção do implante. Trinta e cinco por cento delas 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 adoles-

centes (77%) sexualmente ativas estava 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% delas. Os autores consideraram a 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 contra a gestação (B).<sup>(106)</sup> Existem diferentes diretrizes para emprego do DIU em adolescentes. Em 2007, o *American College of Obstetricians and Gynecologists – ACOG Committee Opinion*<sup>(107)</sup> (D) recomendou que os DIUs fossem considerados opções de primeira linha para anticoncepção em adolescentes com ou sem filhos. A OMS 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).<sup>(18)</sup> A *American Academy of Pediatrics*<sup>(108)</sup> (D) também considera que DIUs são seguros em adolescentes nulíparas, não causando infertilidade tubária. Sua remoção é seguida 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 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 DIP 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 comparadas a multíparas. Estudo em 129 nulíparas usuárias de SIU-LNG encontrou taxa de expulsão em nulíparas inferior a 1% ao ano (B). 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).<sup>(109)</sup> Mais recentemente, a porcentagem de nascidos vivos de mães de 15 a 19 anos de idade, entre os anos 2000 e 2019, no Brasil, caiu de 23,4% para 14,7% (uma redução de 37,4%).<sup>(110,111)</sup> Apesar dessa redução, muito às custas de maior divulgação e em-

prego de LARC em adolescentes, a taxa de nascidos vivos na faixa de 12-14 anos continua elevada. Se considerarmos ainda as perdas gestacionais espontâneas e os abortamentos provocados, pode-se entender o grande desafio que é o combate à gestação nessa faixa etária, lembrando aqui que não infrequentemente essas gestações são secundárias ao abuso infantil. Nesse caso, outras medidas, além da contracepção, necessitam ser implantadas com urgência.

### **Pós-parto imediato e pós-aborto**

Habitualmente, a prescrição de contraceptivos no puerpério ocorre ao redor de seis semanas após o parto (A).<sup>(112)</sup> Por outro lado, as taxas de falta às consultas no pós-parto são elevadas, variando de 10% a 40%, tornando muitas mulheres expostas a nova gestação (C). A despeito da efetividade do método de lactação e amenorreia como contraceptivo, é conhecido que em nosso país o período médio de amamentação exclusiva é em torno de 50 a 60 dias (mediana de 54 dias) (C).<sup>(113)</sup> Nesse sentido, parece oportuno que algumas mulheres iniciem a contracepção ainda na maternidade, particularmente as usuárias de drogas, as que moram em lugares distantes e aquelas que não teriam acesso à consulta no puerpério. Para essas mulheres, os LARC apresentam-se como alternativa. A OMS recomenda o uso de todos os LARC nas primeiras 48 horas após o parto, desde que não haja contraindicações para esses métodos (D).<sup>(18)</sup> As taxas de continuidade em 12 meses nessa situação são elevadas; em adolescentes que foram submetidas ao uso de LARC no pós-parto imediato, houve diminuição de mais de 80% no risco de nova gravidez em um ano (B).<sup>(114)</sup>

As taxas de expulsão do DIU de cobre e do SIU-LNG são maiores na inserção imediata após o parto e superiores às taxas observadas no pós-parto tardio (39% *versus* 14%, respectivamente) (B).<sup>(115)</sup> Os LARC, quando inseridos no pós-parto imediato, parecem não alterar a lactação nem o crescimento e o desenvolvimento neonatal e infantil (A).<sup>(116)</sup> No pós-aborto, a inserção de LARC é liberada no caso de desejo de contracepção, uma vez que a ovulação ocorre em mais de 90% das mulheres no mês seguinte ao aborto (D).<sup>(18)</sup>

### **Drogadição**

No Brasil, calcula-se que existam aproximadamente 370.000 pessoas que utilizam *crack* ou similares, sendo 21% de mulheres (78.000); dessas, 13% estão grávidas (10.000) (C).<sup>(117)</sup> O consumo de *crack* tem sido diretamente associado à infecção pelo HIV. A prevalência entre mulheres é o dobro em relação aos homens (C).<sup>(117)</sup> Na

Cracolândia, região central de São Paulo, 9% das mulheres possuem sorologia positiva para HIV (B).<sup>(118)</sup> 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).<sup>(119-121)</sup> 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).<sup>(118)</sup> 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).<sup>(120)</sup> Todos esses motivos determinam a necessidade de evitar gestações nessa população vulnerável, devido aos danos causados pelas drogas e ao fato de 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 de substâncias opióides e seus derivados. Os estudos demonstram uma demanda não atendida de contracepção, especialmente para os métodos mais eficazes, em comparação com mulheres não usuárias, como os LARC, bem como de obstáculos para maior 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).<sup>(122,123)</sup> Estima-se que 35% das mulheres usuárias de drogas não utilizam qualquer método contraceptivo (B).<sup>(118)</sup> Em revisão sistemática de 2015 (seis estudos), verificou-se que as mulheres que usam opióides, quando fazem contracepção, fazem-na 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 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, como preservativo (62%), diafragma (10%) e esponja e métodos naturais ( $\leq 4\%$ ), e de métodos menos eficazes, como espuma (3%) e ducha vaginal (23%). O preservativo é o método mais utilizado, devido também à função de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (DSTs) (A).<sup>(122)</sup> 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 pode ser realizada, desde que disponível na rede básica de saúde, seguindo os critérios clínicos estabelecidos e com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), para evitar críticas de movimentos contrários pelo processo de “esterilização” (D).<sup>(124)</sup> Os

LARC, mesmo tendo retorno rápido da fertilidade após o tempo de uso, podem ser ofertados, apesar das dificuldades ao seu acesso (A).<sup>(123)</sup> Na utilização dos DIUs de cobre ou de LNG, deve-se considerar o risco de moléstia inflamatória pélvica devido à dificuldade na realização de exames prévios à inserção e à dificuldade para o rastreamento das pacientes (B).<sup>(125)</sup> O implante de ENG pode ser utilizado e promove proteção segura em relação à gestação não planejada (B).<sup>(118)</sup> Os métodos de curta duração, por apresentarem dificuldades de uso por usuárias de drogas e pela taxa de falha real de 9%, devem ser evitados (A). Já o injetável trimestral, a despeito de apresentar até 3% de falha, pode representar uma opção, porém necessita de controle ativo dos órgãos de saúde (A). Ressalte-se que os preservativos devem ser sempre indicados e oferecidos devido aos riscos de DSTs.

### **Populações especiais**

O Ministério da Saúde (MS) incorporou ao Sistema Único de Saúde (SUS) o implante subdérmico de ENG para a prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Vão receber o implante mulheres: em situação de rua; com HIV/AIDS em uso de dolutegravir; em uso de talidomida; privadas de liberdade; trabalhadoras do sexo; e em tratamento de tuberculose em uso de aminoglicosídeos ou rifampicina, no âmbito do SUS. Um programa específico de assistência a esses grupos está sendo criado, associado a políticas de planejamento familiar já em curso na rede.<sup>(126)</sup>

### **Aspectos éticos e legais para o procedimento de inserção de LARC em adolescentes**

No Brasil, o uso do TCLE em pesquisas envolvendo seres humanos foi proposto pela primeira vez pela Resolução nº 01/88, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que o fortalece dedicando-lhe todo o capítulo IV na Resolução nº 196/96-CNS/MS.<sup>(127)</sup> 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 TCLE.<sup>(128)</sup>

A inserção dos LARC caracteriza-se por procedimentos médicos e, nesse sentido, poderia obedecer aos preceitos de instituição do TCLE. A idade é o principal ponto polêmico, pois existem divergências na interpretação das leis quando se envolvem adolescentes. A OMS caracteriza a adolescência como a segunda década da



vida (10 a 19 anos) e a juventude como o período entre 15 e 24 anos de idade. Já o ECA, no artigo 2º, considera criança, para efeitos dessa lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente a pessoa entre 12 e 18 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 diante de alguns atos (emancipação, casamento, exercício de emprego público efetivo etc.).<sup>(129)</sup>

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.<sup>(130)</sup>

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.<sup>(131)</sup>

A Constituição Federal, no artigo 228, estabelece que “são penalmente imputáveis os menores de 18 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”.<sup>(129)</sup>

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo) elaboraram documento afirmando 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).<sup>(132)</sup>

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

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

## RECOMENDAÇÕES

1. Os LARC incluem o DIU de cobre, o SIU-LNG 52 mg, o SIU-LNG 19,5 mg e o implante de ENG (D).
2. Os LARC possuem maior eficácia contraceptiva, em comparação com os métodos de curta duração (B).
3. Os LARC 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 LARC devem-se particularmente ao sangramento irregular (B).
5. Os métodos intrauterinos não aumentam o risco de DIP (B).
6. Métodos intrauterinos podem ser indicados a mulheres com antecedente de gravidez ectópica (B).
7. O SIU-LNG e o implante de ENG podem ser indicados para lactantes, incluindo inserções imediatas após o parto, por não se relacionarem a eventos tromboembólicos, bem como não afetarem a produção do leite e o crescimento e desenvolvimento do lactente (A).
8. A inserção de métodos intrauterinos no pós-parto imediato associa-se a maior taxa de expulsão (B).

9. Os LARC podem ser indicados para adolescentes e nuligestas (B).

10. Os métodos intrauterinos e o implante de ENG não aumentam o risco de tromboembolismo venoso (A).

11. O implante de ENG tem papel importante na contracepção em grupos vulneráveis, por exemplo, usuárias de drogas e moradoras de rua (B).

12. Sugere-se que a inserção de LARC em adolescentes seja realizada após o consentimento também do responsável, sempre que possível, podendo ser utilizado o TCLE (D).

13. As principais barreiras para o uso dos LARC referem-se ao acesso e ao custo. O treinamento dos profissionais de saúde, enfatizando o aconselhamento adequado, também é fundamental para reduzir as barreiras e ampliar o acesso aos LARC (B).

## CONCLUSÃO

Os LARC são métodos contraceptivos mais eficazes que os métodos de curta ação, apresentam maior taxa de continuidade e possuem pequeno número de contraindicações. O sangramento irregular é a principal causa de sua descontinuação. Podem ser indicados em nuligestas e adolescentes, além de poderem ser inseridos no pós-parto ou pós-aborto imediato. Os métodos intrauterinos não se associam a aumento no risco de DIP, desde que observados os rigores técnicos da inserção. As principais barreiras para o uso dos LARC 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 LARC.

## REFERÊNCIAS

1. Ali SA, Tikmani SS, Qidwai W. Prevalence and determinants of unintended pregnancy: Systematic review. *World Family Medicine Journal: Incorporating the Middle East*. J Fam Med. 2016;99(3671):1-10.
2. Yohannes E, Balis B. Unintended pregnancy and associated factors among women who live in Ilu Gelan District, Western Ethiopia, 2021. *Int J Reprod Med*. 2022;2022:8646724.

3. 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.
4. Stephenson J, Schoenaker DAJM, Hinton W, Poston L, Barker M, Alwan NA, et al. A wake-up call for preconception health: a clinical review. *Br J Gen Pract*. 2021;71(706):233.
5. Allen D, Hunter MS, Wood S, Beeson T. One key question®: first things first in reproductive health. *Matern Child Health J*. 2017;21(3):387-92.
6. Stranger HM. Would you like to become pregnant in the next year? The one key question® initiative in the United States. *Int J Birth Parent Educ*. 2017;4(4):19-22.
7. Hammarberg K, Stocker R, Romero L, Fisher J. Pregnancy planning health information and service needs of women with chronic non-communicable conditions: a systematic review and narrative synthesis. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2022;22(1):236.
8. Brasil. Ministério da Economia. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. Pesquisa Nacional de Saúde: 2019: ciclos de vida: Brasil/IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2021. 139p.
9. Rastad Z, Golmohammadian M, Jalali A, Kaboudi B, Kaboudi M. Effects of positive psychology interventions on happiness in women with unintended pregnancy: randomized controlled trial. *Heliyon*. 2021;7(8):e07789.
10. Duminy J, Cleland J, Harpham T, Montgomery MR, Parnell S, Speizer IS. Urban family planning in low- and middle-income countries: a critical scoping review. *Front Glob Womens Health*. 2021;2:749636.
11. Espey E, Ogburn T. Long-acting reversible contraceptives: intrauterine devices and the contraceptive implant. *Obstet Gynecol*. 2011;117(3):705-19.
12. Bahamondes L, Fernandes A, Monteiro I, Bahamondes MV. Long-acting reversible contraceptive (LARCs) methods. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*. 2020;66:28-40.
13. Hubacher D, Spector H, Monteith C, Chen PL, Hart C. Long-acting reversible contraceptive acceptability and unintended pregnancy among women presenting

for short-acting methods: A randomized patient preference trial. *Am J Obstet Gynecol.* 2017;216:101-9.

**14.** Rocca ML, Palumbo AR, Visconti F, Di Carlo C. Safety and benefits of contraceptive implants: a systematic review. *Pharmaceuticals (Basel).* 2021;14(6):548.

**15.** Schwarz EB, Lewis CA, Dove MS, Murphy E, Zuckerman D, Nunez-Eddy C, et al. Comparative effectiveness and safety of intrauterine contraception and tubal ligation. *J Gen Intern Med.* 2022;23:1-8.

**16.** World Health Organization (WHO). Family planning/contraception methods. Geneva: WHO; 2018 [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>

**17.** Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Reproductive Health. Table A1: Summary of classification for hormonal contraceptive methods and intrauterine devices. [Last reviewed January 31, 2020]. [cited 2022 Apr 15]. Available from: [www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/appendixa\\_tableA1.html#references](http://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/spr/appendixa_tableA1.html#references)

**18.** World Health Organization (WHO). Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th ed. Geneva: WHO; 2015. [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549158>

**19.** Merki-Feld GS, Gaetano C, Porz TC, Bitzer J. Are there unmet needs in contraceptive counselling and choice? Findings of the European TANCO Study. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2018;23:183-93.

**20.** Caetano C, Blikendaal S, Engler Y, Lombardo M. From awareness to usage of long-acting reversible contraceptives: Results of a large European survey. *Int J Gynaecol Obstet.* 2020;151(3):366-76.

**21.** Finer LB, Zolna MR. Declines in unintended pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med.* 2016;374(9):843-52.

**22.** 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.

**23.** Singal S, Sikdar SK, Kaushik S, Singh P, Bhatt N, Samandari G, et al. Understanding factors associated with continuation of intrauterine device use in Gujarat and

Rajasthan, India: a cross-sectional household study. *Sex Reprod Health Matters*. 2022;29(2):1933815.

**24.** 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.

**25.** 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.

**26.** Danna K, Jaworski G, Rahaivondrafahitra B, Rasoanirina F, Nwala A, Nqumayo M, et al. Introducing the hormonal intrauterine device in Madagascar, Nigeria and Zambia: results from a pilot study. *Reprod Health*. 2022;19:4.

**27.** Sarfraz M, Hamid S, Rawstorne P, Ali M, Jayasuriya R. Role of social network in decision makin for increasing uptake and continuing use of long acting reversible (LARC) methods in Pakistan. *Reprod Health*. 2021;18:96.

**28.** 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.

**29.** Sium AF, Wolderufael M, Lucero-Prisno DE, Grentzer JM. The impact of having a dedicated obstetrics and gynecology resident to provide contraceptive counseling on immediate postpartum family planning uptake: a "pre-post" study. *Reprod Health*. 2022;19(1):59.

**30.** Bahamondes L, Vilarroel C, Guzmán NF, Oizerovich S, Velázquez-Ramírez N, Monteiro I. The use of long-acting reversible contraceptives in Latin America and the Caribbean: current landscape and recommendations. *Hum Reprod Open*. 2018;2018(1):hox030.

**31.** 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.

**32.** 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.

**33.** 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;81:343-8.

**34.** 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.

**35.** 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;59(6):703-9.

**36.** 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

**37.** 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.

**38.** 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.

**39.** Mavranezouli 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.

**40.** 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.

**41.** Beatty MN, Blumenthal PD. The levonorgestrel-releasing intrauterine system: safety, efficacy, and patient acceptability. *Ther Clin Risk Manag*. 2009;5:561-74.

- 42.** Rowe P, Farley T, Peregoudov A, Piaggio G, Boccard S, Landoulsi S, et al. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel-medicated intrauterine device: a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. *Contraception*. 2016;93:498-506.
- 43.** Lahteenmaki P, Rauramo I, Backman T. The levonorgestrel intrauterine system in contraception. *Steroids*. 2000;65:693-07.
- 44.** Andersson K, Od lind V, Rybo G. Levonorgestrel-releasing and copper-releasing (Nova T) IUDs during five years of use: a randomized comparative trial. *Contraception*. 1994;49(1):56-72.
- 45.** 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 Syst Rev*. 2007;2007(3):CD001326.
- 46.** Fraser IS. Non-contraceptive health benefits of intrauterine hormonal systems. *Contraception*. 2010;82(5):396-403.
- 47.** Kaunitz AM. Progestin-releasing intrauterine systems and leiomyoma. *Contraception*. 2007;75(6 Suppl):130-3.
- 48.** Magalhaes J, Aldrighi JM, de Lima GR. Uterine volume and menstrual patterns in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system with idiopathic menorrhagia or menorrhagia due to leiomyomas. *Contraception*. 2007;75(3):193-8.
- 49.** Magalhaes J, Ferreira-Filho ES, Soares-Junior JM, Baracat EC. Uterine volume, menstrual patterns, and contraceptive outcomes in users of the levonorgestrel-releasing intrauterine system: A cohort study with a five-year follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2022;276:56-62.
- 50.** Machado RB, de Souza IM, Beltrame A, Bernardes CR, Morimoto MS, Santana N. The levonorgestrel-releasing intrauterine system: its effect on the number of hysterectomies performed in perimenopausal women with uterine fibroids. *Gynecol Endocrinol*. 2013;29(5):492-5.
- 51.** Struble J, Reid S, Bedaiwy MA. Adenomyosis: a clinical review of a challenging gynecologic condition. *J Minimally Invasive Gynecol*. 2016; 23(2):164-85.
- 52.** Sheng J, Zhang WY, Zhang JP, Lu D. The LNG-IUS study on adenomyosis: a 3-year follow-up study on the efficacy and side effects of the use of levonorgestrel



intrauterine system for the treatment of dysmenorrhea associated with adenomyosis. *Contraception*. 2009;79(3):189-93.

**53.** Bragheto AM, Caserta N, Bahamondes L, Petta CA. Effectiveness of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in the treatment of adenomyosis diagnosed and monitored by magnetic resonance imaging. *Contraception*. 2007;76(3):195-9.

**54.** Cho S, Nam A, Kim H, Chay D, Park K, Cho DJ, et al. Clinical effects of the levonorgestrel-releasing intrauterine device in patients with adenomyosis. *Am J Obstet Gynecol*. 2008;198(4):373.

**55.** Farley TMM, Rowe PJ, Meirik O. Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective. *Lancet*. 1992;339:785-8.

**56.** Sivin I, Stern J, Coutinho E. Prolonged intrauterine contraception: a seven year randomized study of LG20 and T380 IUDs. *Contraception*. 1991;44:473-8.

**57.** Margarit LM, Griffiths AN, Vine SJ. Management of levonorgestrel-releasing intrauterine system (LNG-IUS) uterine perforation. *J Obstet Gynaecol*. 2004;24(5):586-7.

**58.** World Health Organization (WHO). *Family Planning: A Global handbook for Providers*. Baltimore/Geneva: Center for Communication Programs (CCP)/WHO; 2007.

**59.** National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). *Long-acting reversible contraception*. London: RGOG Press; 2005

**60.** Karri K. Severe seborrhoeic dermatitis: Side-effect of the Mirena intra-uterine system. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2006;11(1):53-4.

**61.** Brandão ER. Long-acting reversible contraception methods in the Brazilian Unified National Health System: The debate on women's (in)discipline. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2019;24(3):875-79.

**62.** Gemzell-Danielsson K, Schellschmidt I, Apter D. A randomized, phase II study describing the efficacy, bleeding profile, and safety of two low-dose levonorgestrel-releasing intrauterine contraceptive systems and Mirena. *Fertil Steril*. 2012;97(3).

**63.** Beckert V, Ahlers C, Frenz AK, Gerlinger C, Bannemerschult R, Lukkari-Lax E. Bleeding patterns with the 19.5 mg LNG-IUS, with special focus on the first

year of use: implications for counselling. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019;24(4):251-9.

**64.** Gemzell-Danielsson K, Apter D, Dermout S, Faustmann T, Rosen K, Schmelter T, et al. Evaluation of a new, low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive system over 5 years of use. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017;210:22-8.

**65.** Gemzell-Danielsson K, Apter D, Hauck B, Schmelter T, Rybowski S, Rosen K, et al. The effect of age, parity and body mass index on the efficacy, safety, placement and user satisfaction associated with two low-dose levonorgestrel intrauterine contraceptive systems: Subgroup analyses of data from a phase III trial. *PLoS One*. 2015;10(9):e0135309

**66.** World contraceptive use 2007. United Nations Department of Economic and Social Affairs. Population Division. [cited 2016 Oct 10]. Available from: <http://www.un.org/esa/population/publications/contraceptive2007/contraceptive2007.htm>

**67.** Jonsson BG, Landgren BM, Eneroth P. Effects of various IUDs on the composition of the cervical mucus. *Contraception*. 1991;43:447-58.

**68.** Roblero L, Guadarrama A, Lopez T, Zegers-Hochschild F. Effect of copper ion on the motility, viability, acrosome reaction and fertilizing capacity of human spermatozoa in vitro. *Reprod Fertil Dev*. 1996;8(5):871-4.

**69.** O'Brien P, Marfleet CC. Frameless versus classical intrauterine device for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD003282.

**70.** Sivin I, Batar I. State-of-the-art of non-hormonal methods of contraception: III. Intrauterine device. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2010;15(2):96-112.

**71.** 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.

**72.** Long-term reversible contraception. Twelve years of experience with the TCU380A and TCU220C. *Contraception*. 1997;56(6):341-52.

**73.** Bahamondes L, Bottura BF, Bahamondes MV, Gonçalves MP, Correia VM, Espejo-Arce X, 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.

- 74.** 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.
- 75.** Zapata LB, Jatlaoui TC, Marchbanks PA, Curtis KM. Medications to ease intrauterine device insertion: a systematic review. *Contraception*. 2016;94(6):739-59.
- 76.** 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.
- 77.** 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.
- 78.** 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;56(6):655-61.
- 79.** 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.
- 80.** Suvisaari J, Lähteenmäki P. Detailed analysis of menstrual bleeding patterns after postmenstrual and postabortal insertion of a copper IUD or a levonorgestrel-releasing intrauterine system. *Contraception*. 1996;54(4):201-8.
- 81.** ElSherbieny MM, Hussein AM, Farag RG. Comparison between two types of copper bearing intrauterine device Cu375 and Cu380Ag regarding bleeding pattern: Randomized controlled trial. [cited 2022 Oct 4]. Available from: [https://ebwhj.journals.ekb.eg/article\\_28774\\_836cf832943430209bec2aa22b55b06b.pdf](https://ebwhj.journals.ekb.eg/article_28774_836cf832943430209bec2aa22b55b06b.pdf)
- 82.** Champion CB, Behlilovic B, Arosemena JM, Randic L, Cole LP, Wilkens LR. A three-year evaluation of TCu 380 Ag and multiload Cu 375 intrauterine devices. *Contraception*. 1988;38(6):631-9.

- 83.** 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.
- 84.** Croxatto HB, Urbancsek J, Massai R, Coelingh Bennink H, van Beek A. A multicentre efficacy and safety study of the single contraceptive implant Implanon. Implanon Study Group. *Hum Reprod.* 1999;14(4):976-81.
- 85.** Mäkäräinen L, van Beek A, Tuomivaara L, Asplund B, Coelingh Bennink H. Ovarian function during the use of a single contraceptive implant: Implanon compared with Norplant. *Fertil Steril.* 1998;69(4):714-72.
- 86.** Croxatto HB, Mäkäräinen L. The pharmacodynamics and efficacy of Implanon. An overview of the data. *Contraception.* 1998 Dec;58(6 Suppl):91S-97S. doi: 10.1016/s0010-7824(98)00118-8. Retraction in: Rekers H, Affandi B. *Contraception.* 2004 ;70(5):433.
- 87.** Machado RB, Monteiro IMU, Magalhães J, Guazzelli CAF, Brito MB, Finotti MF, Lubianca JN, Sakamoto LC, Franceschini SA. Long-Acting Reversible Contraception. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2017;39(6):294-308.
- 88.** 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. *Fertil Steril.* 2009;91:1646-53.
- 89.** 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.
- 90.** Organon Pharmaceuticals USA. Implanon, etonogestrel implant. Implanon archived drug label. 2011 [cited 2016 Oct 11]. Available from: <https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/archives/fdaDrugInfo.cfm?archiveid=63647>
- 91.** Huber J. Pharmacokinetics of Implanon® An integrated analysis. *Contraception.* 1998;58:85S-90S. Retraction in: Rekers H, Affandi B. *Contraception.* 2004;70(5):433. Erratum in: *Contraception* 1999 Feb;59(2):145.
- 92.** Family planning: a global handbook for providers. Baltimore/Geneva: CCP/WHO. 2011 [cited 2016 Oct 12]. Available from: <http://www.glowm.com/pdf/Family%20planning%20-%20a%20global%20handbook%20for%20providers.pdf>

- 93.** Lopez LM, Edelman A, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7):CD008815.
- 94.** Vickery Z, Madden T, Zhao Q, Secura GM, Allsworth JE, Peipert JF. Weight change at 12 months in users of three progestin-only contraceptive methods. *Contraception.* 2013;88(4):503-8.
- 95.** Burrows LJ, Basha M, Goldstein AT. The effects of hormonal contraceptives on female sexuality: A review. *J Sex Med.* 2012;9:2213-23.
- 96.** 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):1105-20.
- 97.** 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.
- 98.** 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;16(3):225-8.
- 99.** 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.
- 100.** 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.
- 101.** Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(Suppl 1):13-28.
- 102.** 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.

- 103.** Abdel-Aleem H, d’Arcangues C, Vogelsong KM, Gülmezoglu AM. Treatment of vaginal bleeding irregularities induced by progestin only contraceptives. *Cochrane Database Syst Rev.* 2007;(4):CD003449.
- 104.** 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.
- 105.** 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). Disponível em: [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_23/sr23\\_030.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_23/sr23_030.pdf). Acesso em: 11 jun. 2010.
- 106.** Obijuru L, Bumpus S, Auinger P, Baldwin C. Etonogestrel Implants in Adolescents: Experience, Satisfaction, and Continuation. *J Adolesc Health.* 2016;58(3):284-89.
- 107.** American College of Obstetricians and Gynecologists. Committee Opinion No. 392, December 2007. Intrauterine device and adolescents. *Obstet Gynecol.* 2017;110(6):1493-95.
- 108.** Ott MA, Sucato GS; Committee on Adolescence. Contraception for Adolescents. *Pediatrics.* 2014;134(4):e1257-81.
- 109.** 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.
- 110.** Monteiro DLM, Monteiro IP, Machado MSC, Bruno ZV, Silveira FA, Rehme MFB, et al. Trends in teenage pregnancy in Brazil in the last 20 years (2000-2019). *Rev Assoc Med Bras.* 2021;67(5):759-65.
- 111.** Brasil. Ministério da Saúde. Datasus. TabNet. Sistema de Informações sobre nascidos vivos. Brasília (DF): Ministério de Saúde; xxxx [citado 2022 Jul 22]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>
- 112.** 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.

- 113.** Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa de Prevalência de aleitamento materno em municípios brasileiros. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2010 [citado 2022 Out 4]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/redeblh/media/pamuni.pdf>
- 114.** Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *Am J Obstet Gynecol.* 2012;206(6):481.e1-7.
- 115.** Fusco CL, Silva RS, Andreoni S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2012;28(4):709-19.
- 116.** 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.
- 117.** 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 [citado 2015 Ago 25]. Disponível em: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786.pdf>
- 118.** Sakamoto LC, Malavasi AL, Karasin AL, Frajzinger RC, Araújo MR, Gebrim LH. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprod Clim.* 2015;30(3):102-7.
- 119.** Brasiliano S, Hochgraf PB, Torres RS. Comportamento sexual de mulheres dependentes químicas. *Rev Bras Psiquiatr.* 2002;24(Suppl 2):5-25.
- 120.** Nappo AS, Sanches ZM, Oliveira LG, Santos AS, Coradete Jr J, Pacca JC, Lacks V. Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/ Aids. São Paulo: CEBRID; 2004.
- 121.** 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.
- 122.** 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.

- 123.** 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.
- 124.** American Public Health Association. Opposition to the CRACK campaign. *Am J Public Health*. 2001;91(3):516-7.
- 125.** 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):230-6.
- 126.** Brasil. Ministério do Brasil. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no Sistema Único de Saúde (Conitec). Resolução Conitec (Relatório Técnico nº 599; SCTIE/MS nº 13/2021. Implante subdérmico de etonogestrel na prevenção da gravidez não planejada por mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Brasília (DF): Conitec; 22/04/202 [citado 2022 Set 3]. Disponível em: <https://www.gov.br/conitec/pt-br/assuntos/avaliacao-de-tecnologias-em-saude/recomendacoes-da-conitec>
- 127.** Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 1996.
- 128.** Gallo JHS. Conselho Federal de Medicina. Recomendação CFM nº 1/2016.
- 129.** Veronese JR. Medidas socioeducativas: sinônimo de pena? Âmbito jurídico. [citado 2015 Abr 22]. Disponível em: [www.ambitojuridico.com.br/artigo/index](http://www.ambitojuridico.com.br/artigo/index).
- 130.** 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.
- 131.** Brasil. Lei nº 12.015, de 7 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.
- 132.** Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Contracepção e ética: diretrizes atuais durante a adolescência. *Adolesc Saude*. 2005;2(2):6-7.







# Aqui pela Saúde dela!

Compromisso da Organon  
com as mulheres no Brasil  
e ao redor do mundo.



Copyright © 2023 Organon Group of Companies. All rights reserved. Produto(s) distribuído(s) por Organon Farmacêutica Ltda. Todos os direitos reservados. BR-NON-110283 PRODUZIDO EM MARÇO/2023 VÁLIDO POR 2 ANOS.

Material exclusivo para profissionais de saúde habilitados a prescrever ou dispensar medicamentos.

**0800 00 00 149**  
[contate@organon.com](mailto:contate@organon.com)

 **ORGANON**

# febrasgo

Federação Brasileira das  
Associações de Ginecologia e Obstetrícia

PATROCINADOR

