

Contraceptivos Reversíveis de Longa Ação

E sua importância para o planejamento reprodutivo de populações vulneráveis

INTRODUÇÃO

Gestações não planejadas e suas consequências

Apesar das inúmeras opções contraceptivas disponíveis atualmente, cerca de metade das gestações no mundo não são planejadas.¹ De acordo com a OMS (Organização Mundial da Saúde), as gestações não planejadas estão associadas a complicações materno-fetais, como abortos inseguros, mortalidade materna ou neonatal/infantil e também a riscos sociais, como baixa escolaridade e desemprego.² Reduzir o número de gravidezes não desejadas poderia evitar 60% das mortes maternas e 57% das infantis.³

A gravidez não planejada é multifatorial e inclui, em geral, casos de gestações não desejadas ou inoportunas.⁴ De modo geral, esses casos ocorrem em todos os estratos socioeconômicos da população, além de ser um problema mundial que impacta especialmente países em desenvolvimento.⁵ Sabe-se que gestações indesejadas são mais frequentes (quatro vezes) em mulheres com idade menor ou igual a 19 anos de idade do que nas adultas, em mulheres com baixa escolaridade (quanto menos anos de escolaridade, maior a frequên-

AUTORAS

Marta Curado C. Franco Finotti,¹
Carolina Sales Vieira²

1. Professora Adjunta do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. **Endereço para correspondência:** Rua 22, n.º 250, Setor Oeste - Goiânia - Goiás - CEP 74.120-130. **e-mail:** mffinotti@gmail.com 2. Professora Associada do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo. **e-mail:** carol.sales@uol.com.br.

cia de gestação não planejada), em populações de baixo nível socioeconômico (cinco vezes mais frequente, quando comparadas com a população de alto nível socioeconômico) e em populações vulneráveis, para as quais o acesso aos métodos contraceptivos continua a ser uma grande preocupação na correção da desigualdade global.¹ Um aspecto importante é que, em muitos casos, a gravidez não planejada termina em aborto induzido.

No Brasil, devido à ilegalidade de sua realização por demanda da mulher (sendo legalizado em casos de estupro, risco de morte da mulher ou malformação do feto que seja incompatível com a vida extrauterina), a maioria dos abortos é realizada clandestinamente, o que pode levar a complicações, morte materna, além dos significativos impactos aos serviços de saúde e às famílias afetadas.⁶ O abortamento inseguro representa também um grave risco e alto custo para o sistema público, sendo frequentemente usado na falha ou no uso incorreto de contraceptivos, conforme revelam dados do Ministério da Saúde.⁷

TIPOS DE CONTRACEPÇÃO REVERSÍVEL DE LONGA AÇÃO, EFICÁCIA, CONTINUIDADE E SATISFAÇÃO

A contracepção reversível de longa duração LARC (*Long Acting Reversible Contraceptives*) é representada pelos dispositivos intrauterinos e o implante contraceptivo. São métodos altamente eficazes, com duração contraceptiva igual ou superior a três anos. Os LARCs são superiores em termos de eficácia, propiciando taxas de gravidez de menos de 1% ao ano em uso perfeito e em uso típico.⁸ Existe a taxa de falha inerente ao método (com o uso perfeito, ou falha teórica) e a taxa de falha associada ao uso típico do método (uso na vida real).⁹ Por não dependerem da motivação da usuária para manter sua eficácia, os LARCs são mais eficazes e são bem indicados

para mulheres com fatores de risco de baixa adesão. A tabela 1 mostra as taxas de falha e de continuidade dos métodos contraceptivos em um ano de uso.⁹

Tabela 1: Taxas de falha e de continuidade de cada método contraceptivo no primeiro ano de uso.

Método	Uso típico (%)	Uso perfeito (%)	Continuidade (%)
Nenhum	85	n/a	n/a
Coito interrompido	22	4	46
Comportamentais	25	?*	51
Diafragma	12	6	57
Condom Masculino	18	2	43
Condom Feminino	21	5	41
DIU-cobre	0,8	0,6	78
AHC	9	0,3	67
POP	9	0,3	67
Injetável Trimestral	6	0,2	56
Injetável Combinado	6	0,2	56
SIU-LNG	0,2	0,2	80
Implante	0,05	0,05	84
Laqueadura Tubária	0,5	0,5	100
Vasectomia	0,15	0,10	100

AHC: Anticoncepcional Hormonal Combinado (oral, anel vaginal ou adesivo); POP: pílula apenas de progestagênio; DIU: Dispositivo intrauterino; SIU-LNG: Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel. Adaptada de Trussell, 2011.

Os LARCs independem da ação do médico ou da usuária para manter sua eficácia, apresentando as mais altas taxas de satisfação e continuidade de uso entre todos os contraceptivos reversíveis.⁹

O estudo CHOICE americano mostrou que, com aconselhamento e orientação adequados, as taxas de continuidade e satisfação dos LARCS foram de 87% em 12 meses, e 77% em 24 meses, enquanto os métodos de curta duração (pílulas, anel vaginal, adesivos e injetáveis) tiveram taxas de continuidade variando entre 38 e 43%, em

*Difícil comprovação.

24 meses.¹⁰ Desta forma, os autores sugerem que estes métodos sejam a primeira linha de escolha para anticoncepção.

Os LARC disponíveis atualmente no Brasil são o implante subdérmico liberador de etonogestrel (ENG), os dispositivos intrauterinos (DIU) medicados com cobre (TCu380A) e o sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG).

Implante liberador de etonogestrel

O implante contraceptivo representa o método de mais alta eficácia contraceptiva disponível, com uma taxa de falha de 0,05%, com duração de 3 anos.⁹ Trata-se de um implante, contendo 68 mg de etonogestrel, que é liberado de forma contínua na corrente sanguínea. Este implante é um dispositivo plástico, subdérmico único, com quatro centímetros de comprimento e dois milímetros de diâmetro, que contém o etonogestrel (3-ketodesogestrel, o metabolito ativo do desogestrel), envolvido em uma membrana de etilenoacetato. Logo após a inserção do implante, as taxas de liberação de ENG mantêm-se em 60–70µg/dia, diminuindo progressivamente para 35–45µg/dia no final do primeiro ano, 30–40µg/dia no segundo ano e 25–30µg/dia no fim do terceiro ano.¹¹

DIU de cobre

O dispositivo intrauterino de cobre (DIU) é bastante eficaz como contraceptivo, com taxa de fa-

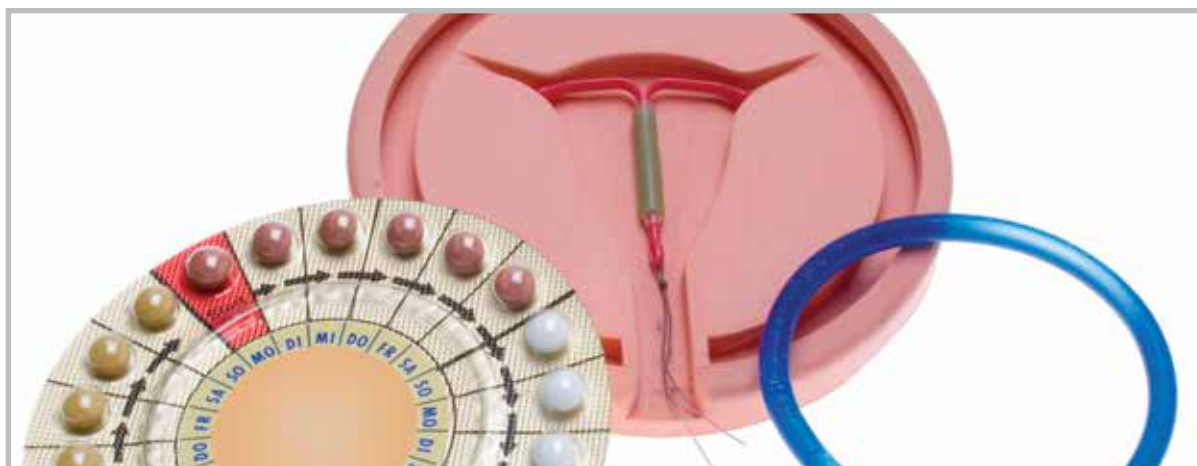
lha variando entre 0,6 e 0,8% no primeiro ano de uso e possui ação por até 10 anos.⁹ No Brasil, está disponível o DIU TCu 380A em que o número refere-se à área de superfície em mm² do íon cobre exposto na superfície endometrial.¹² Este DIU é constituído por polietileno coberto com cobre na haste vertical e horizontal.

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel

O SIU-LNG consiste de uma matriz de plástico em forma de T que mede 32mm de extensão, com um reservatório cilíndrico que contém 52mg de LNG, um progestagênio a ser liberado em pequenas doses diárias. Após a sua inserção no útero, o reservatório libera inicialmente 20µg/dia de LNG. A taxa de liberação de 20µg/dia cai ao longo do uso, estabilizando-se em torno de 12 a 14µg/dia e chega a 11µg/dia ao final de 5 anos, tempo preconizado para o uso deste dispositivo.¹³ O SIU-LNG é um método bastante eficaz, com taxa de falha de 0,2% e proporciona vários benefícios não contraceptivos.⁹

BENEFÍCIOS NÃO CONTRACEPTIVOS E EFEITOS ADVERSOS DOS LARCS

Para garantir uma boa adesão aos LARCs, é importante o conhecimento de seus benefícios e efeitos adversos. Como agem independentemente da motivação da usuária, os LARCs têm altas taxas de eficácia e de continuidade.



Implante liberador de etonogestrel

Efeitos benéficos

A anovulação decorrente do método favorece a diminuição de sintomas pré-menstruais e dismenorria. Com relação à dismenorria, em uma compilação dos dados do implante liberador de ENG, cerca de 77% das mulheres com dismenorria prévia ao uso do implante referiram desaparecimento do sintoma após a inserção do mesmo; além disso, 6% referiram melhora da intensidade, sendo por isso recomendado em situações nas quais a dismenorria esteja presente.¹⁴⁻¹⁵ Este implante de ENG mostrou efeito positivo no alívio da dor associada à endometriose.¹⁵

Com relação à massa óssea de mulheres em uso do implante, parece não haver diferença na densidade mineral óssea comparado com as usuárias de DIU de cobre, uma vez que os níveis de estradiol são semelhantes entre ambos os grupos.¹⁶

Os estudos com implante não observaram alteração nos níveis de colesterol total, lipoproteína de alta densidade (HDL), lipoproteína de baixa densidade (LDL), testosterona e globulina transportadora dos esteroides sexuais (SHBG).¹⁷⁻¹⁸ O metabolismo glicídico também não foi alterado por uso do implante¹⁸ e, assim como os contraceptivos orais contendo apenas progestagênios, o implante não altera o risco de tromboembolismo.¹⁹

Diversos estudos mostraram que os progestagênios isolados não têm efeitos sobre a lactação,²⁰⁻²¹ sendo por isto um método adequado no período de amamentação.

Efeitos adversos

Os principais efeitos adversos reportados pelas mulheres em uso do implante liberador de etonogestrel, excluindo-se sangramento irregular, são: cefaleia (15,3%), mastalgia (10,2%), acne (11,4%), ganho de peso (11,8%), labilida-

de emocional (5,7%), e diminuição da libido (2,3%).²² Avaliando-se o ganho de peso com uso de implante, os estudos mostraram que não há diferença nesta variável com o uso do implante comparado com as usuárias de métodos não hormonais.²³

Estudo comparando usuárias de implante e DIU-Cobre evidenciou imagens ultrassonográficas sugestivas de cistos ovarianos em usuárias de implante.²⁴ Isso também ocorre com outros métodos de progestagênio isolado, como o SIU-LNG.²⁵ Este é um efeito que não tem repercussões na saúde das usuárias e os cistos tendem a desaparecer em 12 semanas após retirada do sistema.²⁶

Como qualquer método contraceptivo contendo progestagênio, o principal efeito adverso é a mudança do padrão de sangramento. A maioria das mulheres terá um padrão de sangramento favorável (amenorria, infrequente e regular), porém cerca de 20% poderão ter um padrão desfavorável de sangramento (frequente e prolongado).

Apesar de desconfortáveis, as alterações menstruais normalmente são bem toleradas pela maioria das mulheres quando estas são bem aconselhadas previamente à inserção do implante. Define-se os padrões de sangramento de acordo com o número e intensidade de sangramento uterino ou escape (*spotting*: sangramento de pequena quantidade com uso de, no máximo, 1 absorvente ou tampão/dia) por 90 dias.

Considera-se amenorria quando há ausência de sangramento ou escape por 90 dias; sangramento infrequente quando ocorrem 2 ou menos episódios de sangramento em 90 dias; regular, de 3 a 5 episódios de sangramento em 90 dias; frequente quando há mais de 5 episódios de sangramento em 90 dias; e sangramento prolongado quando ocorre 14 ou mais dias consecutivos de sangramento em 90 dias.²⁷

O padrão de sangramento do implante comparado com o SIU-LNG pode ser observado na tabela 2.^{28,29}

Tabela 2: Padrões de sangramento com uso de implante de ENG²⁸ e SIU-LNG.²⁹

Padrão sangramento	Implante de ENG	SIU-LNG
Amenorreia	22-40%	20-60%
Infrequente	30-40%	10-30%
Regular	20%	10-50%
Padrão Desfavorável	6,7% frequente + 17,7% prolongado	5% frequente + 15% prolongado

ENG: etonogestrel; SIU-LNG: sistema intrauterino liberador de levonogestrel

SIU-LNG

Benefícios não contraceptivos

Foram demonstrados os seguintes benefícios não-contraceptivos:³⁰⁻³²

- Redução da quantidade e duração do fluxo menstrual.
- Redução do volume do sangramento uterino quando abundante, em 70 a 90%,³³ sendo a medicação hormonal mais efetiva para este fim.
- Redução do sangramento menstrual em mulheres com distúrbios hemostáticos e em mulheres anticoaguladas.
- Prevenção da anemia relacionada à perda sanguínea.
- Alívio da dismenorreia primária.
- Redução da dor associada à endometriose e à adenomiose.
- Prevenção/tratamento da hiperplasia simples do endométrio.
- Proteção endometrial durante terapêutica com estrogênios.
- Redução do risco de câncer endometrial.
- Manutenção da produção estrogênica, o que possibilita uma boa lubrificação vaginal.

O SIU-LNG produz concentrações séricas de progestagênicos que levam a uma inibição parcial do desenvolvimento folicular ovariano e da ovulação. Apesar deste efeito, pelo menos 75% das mulheres com SIU-LNG têm ciclos ovulatórios.

- Não altera a pressão arterial, o metabolismo de carboidratos e lipídios ou as enzimas hepáticas.
- Não interfere nos parâmetros de coagulação sanguínea e parece não aumentar o risco de tromboembolismo.¹⁹

Efeitos adversos do SIU-LNG

Os mais comumente observados foram:

- Mudança no padrão de sangramento: sangramento frequente ou prolongado nos primeiros três a seis meses é a principal causa de descontinuação do método. No entanto, mais de 80% das mulheres terão um padrão de sangramento favorável.³³
- Cefaleia, náuseas e depressão.
- Acne, mastalgia e ganho de peso, menos frequentemente.
- Aparecimento de cistos foliculares nos ovários, mas que geralmente não exigem tratamento.

DIU de Cobre

Benefícios não contraceptivos

Usuárias de DIU de cobre têm redução nas taxas de câncer cervical e endometrial. O dispositivo não interfere na qualidade e quantidade do leite materno, sendo uma boa opção no período de amamentação.³⁴

Efeitos adversos

Sangramento irregular ou aumento na quantidade do fluxo menstrual são os efeitos adversos mais comuns nos primeiros meses depois da inserção. A perda menstrual nas usuárias, quando comparadas às não usuárias de DIU de cobre, pode aumentar em até 65%. O número médio de

dias de sangramento diminui com o tempo. Os índices cumulativos de retirada, por problemas menstruais após cinco anos de uso, são de até 20% para DIUs de cobre.³⁵

O aconselhamento pré-inserção deve incluir as modificações menstruais, o que fará com que a aceitação seja mais fácil. O fluxo menstrual pode ser um fator decisivo na escolha do dispositivo; por exemplo, mulheres anticoaguladas podem ser melhores candidatas ao SIU-LNG do que ao DIU de cobre.

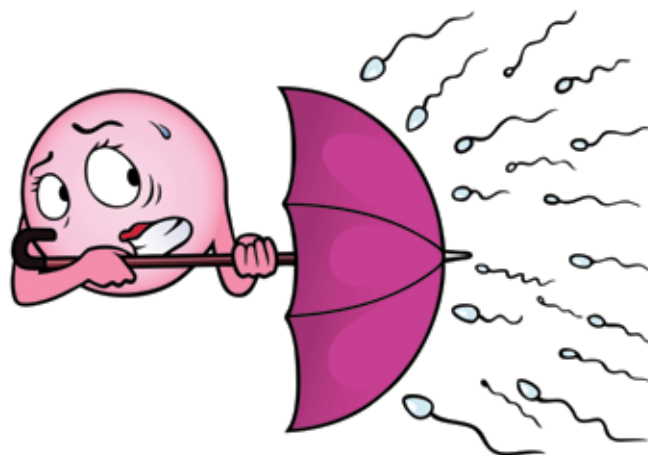
Dismenorreia é causa de descontinuidade em até 6% das usuárias dos DIUs de cobre. Pode ser mais comum entre adolescentes.³⁶ A dor pode ser uma resposta fisiológica à presença do dispositivo, mas a possibilidade de infecção, mal posicionamento (incluindo perfuração) e gravidez devem ser excluídas.

USO DE LARCS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

Em populações vulneráveis ou em situações especiais, como o pós-parto ou pós-aborto, o uso de LARCs pode ser ainda mais custo-efetivo do que o uso de métodos de curta duração. A seguir, situações especiais do uso de LARCs.

Uso no pós-parto

O método de lactação e amenorreia apresenta cerca 2% de falha como contraceptivo se cumpridos os requisitos de seu uso adequado (menos de 6 meses do parto, mantendo amenorreia e em amamentação exclusiva).³⁷ No entanto, a mediana da amamentação exclusiva no país é de 54 dias, o que coloca a mulher lactante em risco de uma nova gestação.³⁸ Normalmente, os métodos contraceptivos são prescritos na consulta de puerpério, em torno de 6 semanas após o parto.³⁹ No entanto, 10 a 40% das mulheres faltam a esta consulta,⁴⁰ não recebendo aconselhamento e prescrição de contraceptivo, o que favorece uma nova gestação não planejada com curto intervalo intergestacional. Além



disto, existem muitas mulheres que não têm acesso à consulta após o parto para prescrição de contracepção. Neste quadro, o pós-parto constitui uma janela de oportunidade para o aconselhamento e início da contracepção, uma vez que a mulher está motivada em evitar uma nova gestação.

Desta forma, iniciar a contracepção enquanto a mulher está na maternidade é uma boa estratégia para contemplar aquelas que faltariam à consulta de puerpério (como usuárias de drogas ou moradoras de áreas distantes do serviço de saúde) ou aquelas que não teriam acesso a esta consulta.

Em 2015, foi liberado, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), o uso de todos os LARCs nas primeiras 48 horas após o parto,⁴¹ desde que a mulher não tenha contraindicação para estes métodos e opte por sair da maternidade com sua contracepção resolvida. A inserção de um LARC no pós-parto imediato em adolescentes foi associada à redução de mais de 80% no risco de uma nova gestação em 12 meses.⁴² A taxa de continuidade em 12 meses destes métodos, quando iniciados no pós-parto imediato, é alta, mesmo em adolescentes.⁴³⁻⁴⁴

A taxa de descontinuidade em 12 meses dos DIUs inseridos no pós-parto imediato, independentemente se de cobre ou liberador de levonorgestrel, é em geral superior à observa-

da em usuárias de implante (implante: 14% vs. DIUs: 39%, $p < 0,001$), devido à taxa de expulsão dos DIUs, que é maior que o habitual quando este é inserido nas primeiras 48 horas do parto.⁷ Os LARCs parecem não alterar a lactação, crescimento e desenvolvimento neonatal e infantil quando inseridos no pós-parto imediato.^{41,45}

Por todas estas características, os LARCs são considerados custo-efetivos no pós-parto imediato. Um estudo americano mostrou que o início do implante neste pós-parto resultaria na economia de 550.000 dólares em 12 meses, de 2,5 milhões em 24 meses e 4,5 milhões em 36 meses, considerando a amostra de 171 adolescentes com inserção imediata logo após o parto.⁴⁶

Outro estudo mostrou que a inserção do implante de ENG, imediatamente após o parto, resulta em economia de 1.263 dólares por paciente comparado com a inserção no tempo convencional.⁴⁷

Considerando o DIU, para cada dólar gasto com um programa americano de inserção de DIU pós-parto, há uma economia de quase 3 dólares.⁴⁸

Uso no período pós-aborto

Mais de 90% das mulheres ovulam no mês seguinte ao aborto.⁴⁹ Assim, após o aborto, é importante avaliar se a mulher deseja uma nova gestação ou se deseja contracepção. Em caso de desejo de contracepção, a inserção logo após o aborto é uma estratégia adequada para fornecer contracepção eficaz no momento em que a mulher está no serviço de saúde.

Considerando que o Brasil tem uma alta taxa de abortos clandestinos, uma vez que o aborto só é permitido no país em situações especiais previstas pela lei,⁵⁰ oferecer contracepção antes da alta após o aborto se converte em uma importante estratégia de cuidado à saúde feminina e prevenção de recorrência do aborto provocado. Neste sentido, um estudo realizado no Reino

Unido, onde o aborto por requisição da mulher é legalizado, avaliou-se quais métodos contraceptivos estariam associados a um menor risco de requisição de um novo aborto dentro de 2 anos do último aborto a pedido; comparado com a pílula, os LARCs foram associados a uma redução de mais de 99,9% no risco de uma nova requisição de aborto.

Uso em adolescentes

A taxa de gestação não planejada em grupos vulneráveis é, em geral, maior que a da população geral. Dados americanos mostraram que mais de 70% das gestações em adolescentes não são planejadas.⁵² A gestação em adolescente é um fator de perpetuação do ciclo da pobreza, uma vez que a maioria interrompe seus estudos assim que ficam grávidas.⁵³

Apesar de queda do número de partos de adolescentes no Brasil, esta diminuição foi aquém da expectativa. A taxa de partos em adolescentes caiu de 21,9% em 2004 para 19,3% em 2013, segundo dados oficiais do Ministério da Saúde Brasileiro.⁵⁴ Assim, neste grupo, o uso de LARCs poderia ser uma medida adequada para reduzir a taxa de gestação em adolescentes.

Recentemente, o estudo CHOICE mostrou que quando as adolescentes são adequadamente aconselhadas e têm acesso a todos os métodos contraceptivos, a maioria (mais de 60%) prefere os LARCs, sendo que as com idade igual ou in-

Reduzir o número de gravidezes não desejadas poderia evitar 60% das mortes maternas e 57% das mortes infantis.

ferior a 17 anos preferem o implante liberador de ENG e as com idade igual ou superior a 18 anos, preferem o dispositivo intrauterino, sendo o SIU-LNG o mais escolhido entre os contraceptivos intrauterinos.⁵⁵

A taxa de continuidade do método não se altera pela idade, ou seja, os LARCs mantêm altas taxas de continuidade mesmo em adolescentes, com mais de 80% delas mantendo o método após 1 ano.⁵⁶

Já é conhecido que os LARCs têm alta eficácia e que esta não se altera com o tempo de uso do método e nem com a idade da usuária, diferentemente dos métodos de curta duração, de eficácia reduzida com o tempo de uso e apresentam mais falhas entre mulheres com menos de 21 anos.

Assim, na vida real, os métodos de curta duração têm pelo menos 21 vezes mais risco de falha que os LARCs.⁵⁷ Por todas estas características (altas taxas de continuidade, satisfação e eficácia), os LARCs têm grande impacto nos indicadores de saúde feminina em adolescentes, com redução de mais de 75% nas taxas de aborto provocado e de gestação comparado com as taxas observadas em adolescentes que usam predominantemente métodos de curta duração.⁵⁸

Apesar de tantas vantagens do uso de LARCs para as adolescentes, existem vários mitos no uso destes métodos neste público, especialmente do DIU, seja o DIU de cobre ou o SIU-LNG. As taxas de perfuração e expulsão dos contraceptivos intrauterinos (DIU de cobre e SIU-LNG) não são afetadas pela paridade da mulher, ou seja, ser nulípara não se associa ao aumento das taxas de perfuração e expulsão.⁵⁹⁻⁶⁰ Além disso, cerca de 80% das inserções dos contraceptivos intrauterinos são fáceis, independentemente da paridade.⁶¹



Outro mito que impede o uso de contracepção intrauterina em nulíparas é o receio de aumento do risco de doença inflamatória pélvica (DIP) e, com isso, o potencial risco de infertilidade por causa tubária. No entanto, as evidências não comprovam estes receios.

O uso do DIU-cobre e SIU-LNG, disponíveis atualmente, não aumentam o risco de DIP entre 3 semanas até 8 anos da inserção do DIU, pois os fios são monofilamentares e não multifilamentares. Porém, nas primeiras 3 semanas da inserção pode haver aumento do risco de DIP (de 1,4 casos/1000 mulheres para 9,7 casos/1000 mulheres) por manipulação intrauterina e presença de clamídia não diagnosticada.⁶² Desta forma, de um modo geral não há aumento de risco de infertilidade entre usuárias de DIU.⁶³

Por todas estas considerações, todos os LARCs são indicados para as adolescentes, sejam elas nulíparas ou não, de acordo com os critérios de elegibilidade da OMS.⁵ Além disso, diante de todas as evidências, a *American Academy of Pediatrics* recomenda o oferecimento de LARCs

como primeira linha de métodos contraceptivos para adolescentes.⁶⁴

Uso em mulheres com comorbidades

Mulheres que possuem comorbidades com ou sem contraindicação a métodos combinados são consideradas de risco para gestação não planejada. Isto porque muitos médicos não conhecem os critérios de elegibilidade da OMS⁴¹ e não sabem o que oferecer como contraceptivo na presença de enfermidades ou situações especiais.⁶⁵

Assim, estas mulheres acabam por ficar sem contracepção eficaz e apresentam taxas ainda mais elevadas de gestação não planejada. Enquanto no Brasil 55% das gestações não são planejadas,⁶⁶ esta taxa é ainda maior em mulheres que vivem com HIV/AIDS. Estudo realizado na cidade de Salvador mostrou que 70% das gestações de mulheres vivendo com HIV/AIDS (MVHA) não foram planejadas.⁶⁷

Portanto, mulheres com enfermidades, deve-se sempre consultar os critérios de elegibilidade da OMS e, caso não haja restrição, o oferecimento de LARCs é importante, já que o impacto de uma gestação não planejada nestas mulheres é ainda mais deletério do que na população geral.

De uma forma mais abrangente, por não contem estrogênio em sua composição, os LARCs têm muito menos contraindicações de uso do que os métodos combinados.⁴¹

Uso em usuárias de drogas ilícitas

O Brasil é o principal país consumidor de crack no mundo e o segundo em termos de uso de cocaína. As mulheres correspondem a 21,3% dos usuários de crack e apresentam características

de maior vulnerabilidade pelos riscos de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e gestações não planejadas, muitas vezes consideradas de alto risco.⁶⁸ Em junho de 2013, dados oficiais mostraram que de 45.600 crianças abrigadas existentes no país com até 18 anos, 81% delas são filhas de pais dependentes de drogas ilícitas. Apesar da maioria dessas crianças terem família, 77% não receberam qualquer visita no abrigo.⁶⁹

Pesquisa realizada em São Paulo, em uma região de alto consumo de crack e outras drogas, mostrou que 100% das gestações das usuárias de crack avaliadas não foram planejadas e que o número de filhos por mulher (3,4 filhos / mulher) é quase o dobro da taxa nacional.⁷⁰ Além disto, foram verificadas altas taxas de sífilis (20,4% vs. 1,6%), HIV (8,2% vs. 0,4%) e hepatite C (2,2% vs. 1,38%) nestas mulheres comparadas com as taxas destas enfermidades observadas na população brasileiras.^{68,70}

Somado ao aumento de frequência de DSTs, estas mulheres têm maior taxa de complicações obstétricas e neonatais, o que faz com que os custos das gestações não planejadas nelas sejam ainda mais altos que na população geral.

Nesta pesquisa, foram oferecidos métodos contraceptivos para estas mulheres e, entre as que optaram pelo implante liberador de ENG, foi avaliada a potencial economia que este método traria para os cofres públicos.

Foi estimado que o uso de implante de ENG em 101 usuárias de crack significaria uma economia de R\$ 341.643,50 em três anos, considerando apenas os custos da gestação, ou seja, não computando os custos de abrigamento da maioria das crianças destas mulheres e outros custos sociais e financeiros relacionados a estas crianças.⁷⁰

Desta forma, o oferecimento de LARCs para esta população tem não só um impacto financeiro importante, mas especialmente um impacto de



prevenção de gestações não planejadas e de abrigamento de crianças advindas destas gestações. Os LARCs seriam uma opção disponível para as que preferem métodos que não necessitam de lembrança frequente para garantir eficácia contraceptiva.

EFEITOS DOS LARCS EM INDICADORES DE SAÚDE FEMININA E RECOMENDAÇÕES

As características dos LARCs fazem com que estes tenham efeitos muito mais pronunciados na melhora dos indicadores de redução de aborto provocado, gestação não planejada e morbimortalidade materna que os métodos de curta duração.^{61,71}

Por esta razão, muitas organizações internacionais de saúde, sociedades de especialidades médicas e organizações não governamentais recomendam que as mulheres sejam aconselhadas sobre os LARCs e que se aumente o acesso a estes métodos para todas as mulheres, inclusive adolescentes e nulíparas.^{53,64,72-73}

Recentemente, a OMS incluiu todos os LARCs em sua lista de medicações essenciais para um sistema de saúde básico; esta lista inclui os medicamentos mais eficazes, seguros, custo-efetivos para condições de saúde prioritárias.⁷⁴

Considerando que menos de 2% das usuárias de métodos contraceptivos usam LARCs no Brasil e que a taxa de gestação não planejada no país saltou de 46% para 55%,^{66,75} é vital que se amplie o acesso aos LARCs, especialmente no sistema público de saúde. Diferentemente do Brasil, no Reino Unido cerca de 31% das usuárias de métodos contraceptivos usam LARCs e a taxa de gestação não planejada é de 16,2%. O quadro 1 resume as principais evidências e vantagens sobre os LARCs.

Quadro 1: Principais evidências em relação ao uso dos métodos contraceptivos reversíveis de longa duração

Os LARCs são os métodos mais eficazes e com maiores taxas de satisfação e continuidade disponíveis atualmente
A eficácia não depende do coito, motivação da usuária ou adesão
São os métodos mais custo-efetivos existentes
Apresentam poucas contraindicações
Devem ser oferecidos no pós-parto e no pós-aborto
São indicados para adolescentes, nulíparas e mulheres em situação de vulnerabilidade
Estão associados à maior redução das taxas de gestação não planejada e de aborto provocado

CONCLUSÃO

Desta forma, melhorar a qualidade do aconselhamento da equipe de saúde em LARCs, implementar treinamento em uso e manejo de LARCs na formação dos profissionais médicos e garantir o acesso gratuito aos LARCs para as mulheres são fundamentais na melhora dos indicadores de saúde feminina, em especial na redução de gestação não planejada e de aborto provocado.^{57-58,76}

Referências Bibliográficas

1. Secura GM, Allsworth JE, Madden T, Mullersman JL, Peipert JF. The Contraceptive CHOICE Project: reducing barriers to long-acting reversible contraception. *Am J Obstet Gynecol.* 2010;203(2):115.e1-7.
2. WHO 2011. Family Planning: A Global handbook for Providers. Baltimore and Geneva:CCP and WHO, 2011. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html
3. Finer LB, Zolna MR. Unintended pregnancy in the United States: incidence and disparities, 2006. *Contraception.* 2011;84:478-485.
4. Le H, Connolly MP, Bahamondes L, Cecatti JG, Yu J, Hu H. The burden of unintended pregnancies in Brazil: a social and public health system cost analysis. *Int J Womens Health.* 2014;2014(6):663-70
5. Modi MN, Heitmann RJ, Armstrong AY. Unintended pregnancy and the role of long-acting reversible contraception. *Expert Rev Obst Gynecol.* 2013;8(6):549-58.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência- Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência e Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 428p.
7. Fusco CLB, Silva, RS, Andreoni, S. Unsafe abortion: social determinants and health inequities in a vulnerable population in São Paulo, Brazil. *Cad Saúde Pública.* 2012;28(4):709-719.
8. Espey E, Ogburn T. Long-acting reversible contraceptives: intrauterine devices and the contraceptive implant. *Obstet Gynecol* 2011; 117:705-19.
9. Trussell J. Contraceptive failure in the United States. *Contraception* 2011;83(5):397-404.
10. O'Neil-Callahan M, Peipert JF, Zhao Q, Madden T, Secura G.

- Twenty-Four-Month Continuation of Reversible Contraception. *Obstet Gynecol.* 2013;122(5):1083-91. **11.** Huber J, Wenzl R. Pharmacokinetics of Implanon. An integrated analysis. *Contraception.* 1998;58(6 Suppl):85S-90S. **12.** Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception.* 2014;89(6):495-503. **13.** Bayer Healthcare Pharmaceuticals Inc. Mirena full prescribing information. 2014; Available at: http://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/Mirena_PI.pdf. **14.** Conde-Agudelo A, Rosas-Bermúdez A, Kafury-Goeta AC. Effects of birth spacing on maternal health: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* 2007;196(4):297-308. **15.** Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update.* 2015;21(5): 640-651. **16.** Beerthuis R, van Beek A, Massai R, Mäkääinen L, Hout J, Bennink HC. Bone mineral density during long-term use of the progestagen contraceptive implant Implanon compared to a non-hormonal method of contraception. *Hum Reprod.* 2000;15(1):118-22. **17.** Merki-Feld GS, Imthurn B, Seifert B. Effects of the progestagen-only contraceptive implant Implanon on Cardiovascular risk factors. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2008;68(3):355-60. **18.** Dorfinger LJ. Metabolic effects of implantable steroid contraceptives for women. *Contraception.* 2002;65(1):47-62. **19.** Lidgaard O, Lokkegaard E, Svendsen AL, Carsten A. Hormonal contraception and risk of venous thromboembolism: national follow-up study. *BMJ.* 2009;339:b890. **20.** Bahamondes L, Bahamondes MV, Modesto W, Tilley IB, Magalhães A, Pinto e Silva JL, et al. Effect of hormonal contraceptives during breastfeeding on infant's milk ingestion and growth. *Fertil Steril.* 2013;100(2):445-50. **21.** Kapp N, Curtis K, Nanda K. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2010;82(1):17-37. **22.** Fraser IS. Introduction and summary of key clinical data. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(Suppl 1):1-3. **23.** Lopez LM, Edelman A, Chen M, Otterness C, Trussell J, Helmerhorst FM. Progestin-only contraceptives: effects on weight. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;7:CD008815. **24.** Hidalgo MM, Lisondo C, Juliato CT, Espejo-Arce X, Monteiro I, Bahamondes L. Ovarian cysts in users of Implanon and jadelle subdermal contraceptive implants. *Contraception.* 2006;73(5):532-6. **25.** Bahamondes L, Hidalgo M, Petta CA, Diaz J, Espejo-Arce X, Monteiro-Dantas C. Enlarged ovarian follicles in users of a levonorgestrel-releasing intrauterine system and contraceptive implant. *J Reprod Med.* 2003;48(8):637-40. **26.** Hidalgo MM, Lisondo C, Juliato CT, Espejo-Arce X, Monteiro I, Bahamondes L. Ovarian cysts in users of Implanon and jadelle subdermal contraceptive implants. *Contraception.* 2006;73(5):532-6. **27.** Belsey EM, Machin D, d'Arcanges 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.* 1986;34(3):253-60. **28.** Mansour D, Korver T, Marintcheva-Petrova M, Fraser IS. The effects of Implanon on menstrual bleeding patterns. *Eur J Contracept Reprod Health Care.* 2008;13(1):13-28. **29.** Jensen J, Mansour D, Lukkari-Lax E, Inki P, Burcock K, Fraser IS. Bleeding patterns with the evonorgestrel-releasing intrauterine system when used for heavy menstrual bleeding in women without structural pelvic pathology: a pooled analysis of randomized controlled studies. *Contraception.* 2013;87(1):107-12. **30.** Hubacher D, Grimes DA. Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57(2):120-128. **31.** Bahamondes L, Valeria Bahamondes M, Shulman LP. Non-contraceptive benefits of hormonal and intrauterine reversible contraceptive methods. *Hum Reprod Update.* 2015;21(5): 640-651. **32.** Hubacher D, Grimes DA. Noncontraceptive health benefits of intrauterine devices: a systematic review. *Obstet Gynecol Surv.* 2002;57(2):120-128. **33.** Lethaby A, Hussain M, Rishworth JR, Rees MC. Progesterone or progestogen-releasing intrauterine systems for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 4. Art. No.: CD002126. DOI: 10.1002/14651858.CD002126.pub3. **34.** World Health Organization. *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*, 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2015. **35.** Hubacher D, Chen PL, Park S. Side effects from the cooper IUD: do they decrease over time? *Contraception.* 2009;79(5):356-62. **36.** Aoun J, Dines VA, Stovall DW, Mete M, Nelson CB, Gomez-Lobo V. Effects of age, parity, and device type on complications and discontinuation of Intrauterine devices. *Obstet Gynecol.* 2014;123(3):585-92. **37.** World Health Organization Department of Reproductive Health and Research (WHO/RHR) and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/ Center for Communication Programs (CCP), INFO Project. *Family Planning: A global handbook for providers* (2011 Update). Baltimore and Geneva: CCP and WHO, 2011. Disponível em: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9780978856304/en/index.html. **38.** Ministério da Saúde do Brasil. *Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno em Municípios Brasileiros.* Brasília - DF. 2010. <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/pamuni.pdf>. **39.** Phillips SJ, Tepper NK, Kapp N, Nanda K, Temmerman M, Curtis KM. Progestogen-only contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. *Contraception.* 2015. Sep. pii: S0010-7824(15)00585-5. **40.** Centers for Disease Control and Prevention. *Postpartum care visits--11 states and New York City, 2004.* MMWR Morbidity and mortality weekly report. 2007; 56(50):1312-6. **41.** World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use.* 5th ed. Geneva: WHO 2015. Accessed on 16 March 2016 from: www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/MEC-5/en/. **42.** Tocce KM, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2012; 206(6):481.e17. **43.** Cohen R, Sheeder J, Arango N, Teal SB, Tocce K. Twelve-month contraceptive continuation and repeat pregnancy among young mothers choosing postdelivery contraceptive implants or postplacental intrauterine devices. *Contraception* 2016; 93(2):178-83. **44.** Guazzelli CA, de Queiroz FT, Barbieri M, Torloni MR, de Araujo FF. Etonogestrel implant in postpartum adolescents: bleeding pattern, efficacy and discontinuation rate. *Contraception.* 2010; 82(3):256-9. **45.** Braga GC, Ferrioli E, Quintana SM, Ferriani RA, Pfrimer K, Vieira CS. Immediate postpartum initiation of etonogestrel-releasing implant: A randomized controlled trial on breastfeeding impact. *Contraception.* 2015 Dec;92(6):536-42. **46.** Han L, Teal SB, Sheeder J, Tocce K. Preventing repeat pregnancy in adolescents: is immediate postpartum insertion of the contraceptive implant cost effective? *Am J ObstetGynecol.* 2014 Jul;211(1):24.e1-7. **47.** Gariepy AM, Duffy JY, Xu X. Cost-Effectiveness of Immediate Compared With Delayed Postpartum Etonogestrel Implant Insertion. *Obstet Gynecol.* 2015 Jul;126(1):47-55. **48.** Rodríguez MI, Caughey AB, Edelman A, Darney PD, Foster DG. Cost-benefit analysis of state- and hospital-funded postpartum intrauterine contraception at a university hospital for recent immigrants to the United States. *Contraception.* 2010 Apr;81(4):304-8. **49.** Cameron IT, Baird DT. The return to ovulation following early abortion: a comparison between vacuum aspiration and prostaglandin. *Acta Endocrinol.* 1988;118:161-7. **50.** Diniz D, Medeiros M. Abortion in Brazil: a household survey using the ballot box technique. *Cien Saude Colet.* 2010 Jun;15 Suppl1:959-66. **51.** Cameron ST, Glasier A, Chen ZE, Johnstone A, Dunlop C, Heller R. Effect of contraception provided at termination of pregnancy and incidence of subsequent termination of pregnancy. *BJOG.* 2012;119(9):1074-80. **52.** Finer LB, Zolna MR. Declines in Unintended Pregnancy in the United States, 2008-2011. *N Engl J Med.* 2016 Mar 3;374(9):843-52. **53.** UNFPA. 2013. *ADOLESCENT PREGNANCY: A Review of the Evidence.* New York: UNFPA. Available at: http://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ADOLESCENT%20PREGNANCY_UNFPA.pdf. **54.** <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def> **55.** Mestad R, Secura G, Allsworth JE, Madden T, Zhao Q, Peipert JF. Acceptance of long-acting reversible contraceptive methods by adolescent participants in the Contraceptive CHOICE Project. *Contraception.* 2011 Nov;84(5):493-8. **56.** Abraham M, Zhao Q, Peipert JF. Young Age, Nulliparity, and Continuation of Long-Acting Reversible Contraceptive Methods. *Obstet Gynecol.* 2015 Oct;126(4):823-9. **57.** Winner B, Peipert JF, Zhao Q, et al. Effectiveness of long-acting reversible contraception. *N Engl J Med.* 2012; 366(21):1998-2007. **58.** Secura G, Madden T, McNicholas C, et al. Provision of No-Cost Long-Acting Contraception and Teen Pregnancy. *N Engl J Med.* 2014; 371(14):1316-23. **59.** Lyus R, Lohr P, Prager S; Board of the Society of Family Planning. Use of the Mirena LNG-IUS and Paragard CuT380A intrauterine devices in nulliparous women. *Contraception.* 2010 May;81(5):367-71. **60.** Madden T, McNicholas C, Zhao Q, Secura GM, Eisenberg DL, Peipert JF. Association of age and parity with intrauterine device expulsion. *Obstet Gynecol.* 2014 Oct;124(4):718-26. **61.** Bahamondes MV, Hidalgo MM, Bahamondes L, Monteiro I. Ease of insertion and clinical performance of the levonorgestrel-releasing intrauterine system in nulligravidae. *Contraception.* 2011 Nov;84(5):e11-6. **62.** Caddy S, Yudin MH, Hakim J, Money DM; Infectious Disease Committee; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. *J Obstet Gynaecol Can.* 2014; 36(3):266-76. **63.** Hubacher D, Lara-Ricalde R, Taylor DJ, Guerra-Infante F, Guzmán-Rodríguez R. Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women. *N Engl J Med.* 2001 Aug 23;345(8):561-7. **64.** Committee on Adolescence. *Contraception for adolescents.* *Pediatrics* 2014;134:e1244-e1256. **65.** Russo JA, Chen BA, Creinin MD. Primary care physician familiarity with U.S. medical eligibility for contraceptive use. *Fam Med.* 2015 Jan;47(1):15-21. **66.** Viellas EF, Domingues RM, Dias MA, et al. Prenatal care in Brazil. *Cad Saude Pública.* 2014;30(Suppl 1):S1-15. **67.** Brandão K de S, Lima BG, Travassos AG, et al. Dual contraception adherence among HIV-infected women. *Rev Bras Ginecol Obstet* 2015;37:486-91. **68.** Bastos FI, Bertoni N. *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?* Rio de Janeiro: Editora ICICT/FIOCRUZ; 2014. Available at: <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/biblioteca/documentos/Relatorios/329786.pdf>. **69.** Conselho Nacional do Ministério Público (CNMP). Available at: <http://www.cnmp.gov.br/portal/noticia/3702-cnmp-divulga-dados-sobre-acolhimento-de-criancas-e-adolescentes> **70.** Sakamoto LC, Malavasia AL, Karasin IL, Frajzinger RC, Araújo MR, Gebrim LH. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprod Clim* 2015; 30(3):102-107. **71.** Bahamondes L, Bottura BF, Bahamondes MV, Gonçalves MP, Correia VM, Espejo-Arce X, Sousa MH, Monteiro I, Fernandes A. Estimated disability-adjusted life years averted by long-term provision of long acting contraceptive methods in a Brazilian clinic. *Hum Reprod.* 2014 Oct 10;29(10):2163-70. **72.** Population Council, International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), and Reproductive Health Supplies Coalition. 2013. 2013 Statement from the Bellagio Group on LARCs: Long-Acting Reversible Contraception in the Context of Full Access, Full Choice. Available at www.popcouncil.org/pdfs/2013RH_BellagioConsensus.pdf. **73.** Committee on Gynecologic Practice Long-Acting Reversible Contraception Working Group. *Committee Opinion No. 642: Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy.* *Obstet Gynecol.* 2015;126(4):e44-8. **74.** World Health Organization. 19th WHO Model List of Essential Medicines. 2015. Available at: http://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/EML2015_8-May-15.pdf?ua=1. **75.** *Pesquisa Nacional de Saúde e Demografia.* 2006. Available at http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf **76.** Parks C, Peipert JF. Eliminating health disparities in unintended pregnancy with long-acting reversible contraception (LARC). *Am J Obstet Gynecol.* 2016 Feb 12; pii: S0002-9378(16)00301-X.